

**Maria Cristina Campos de Sousa Faria**

**COMUNICAÇÃO E BEM-ESTAR NO LIMIAR  
DO SÉCULO XXI  
CONHECER ATRAVÉS DA RELAÇÃO E  
ORIENTAR PARA A SAÚDE**

Tese de doutoramento em Psicologia, na área de especialização em Psicologia da Saúde  
apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de  
Coimbra, sob orientação do Professor Doutor Supardo Vaz Serra

Maio de 2000



*We are born into relationships, we live our lives in relationships with others, and when we die, the effects of our relationships survive in the lives of the living, reverberating throughout the tissue of their relationships. Relationships thus are the context in which most human behavior occurs, and so understanding and predicting that behavior is difficult, if not impossible, if that context is ignored.*

Ellen Berscheid (1999, 261-262)

University of Minnesota, Twin Cities Campus

*Não trazemos na mão um modelo fácil para a constituição de amanhã. Desconfiamos daqueles que já têm as respostas quando nós ainda estamos a formular as perguntas. Mas chegou a altura de imaginarmos alternativas completamente novas de discutir, discordar, debater e criar, desde a base, a arquitectura do amanhã.*

Alvin e Heidi Toffler (1995, 179)

*in Criando uma Nova Civilização, a Política da Terceira Vaga*

*O modo de ser existe apenas aqui e agora (hic et nunc). O modo Ter existe apenas no tempo: passado, presente e futuro.*

*No modo ter estamos ligados ao que acumulámos no passado: dinheiro, terras, fama, estatuto social, conhecimentos, filhos, memórias. Pensamos no passado e sentimos através do próprio lembrar dos sentimentos (esta é a essência do sentimentalismo). Nós somos o passado; podemos afirmar: “Eu SOU o que fui.”*

*O futuro constitui a antecipação do que virá a tornar-se passado. É vivenciado no modo ter tal como ele é expresso quando alguém diz: “Este indivíduo tem futuro”, indicando deste modo que o referido indivíduo terá muitas coisas, ainda que ele ou ela não as tenha agora.*

Erich Fromm (1976; 1999, 125)

*in Ter ou Ser?*

Dedico este trabalho

em primeiro lugar, a duas pessoas muito especiais, que me despertaram o interesse, a consciência pessoal e a curiosidade positiva, para a importância da relação e o valor da saúde,

aos meus Pais, **Zézinha e Alcino**

e

à minha **Família** e aos meus **Amigos**, do presente, do passado e do futuro.

## NOTA DE ABERTURA

Na nossa vida quotidiana, somos confrontados com uma multiplicidade de fenómenos ou factos que explicam a forma como somos moldados pelo Eu, pelo(s) Outro(s) desconhecidos, conhecidos, amigos, familiares e íntimos, e pelas circunstâncias. Percepcionamos os dias felizes ou infelizes da nossa vida com uma variedade de emoções que nos legitimam como seres humanos, expressamos o nosso modo de ser e de estar que nos tornam únicos e, a todo o momento, sentimos e percebemos que estamos a carregar ou a desgastar a nossa bateria de saúde. No limiar desta realidade temos o cuidado ou simplesmente o receio de “não passar para o outro lado”, isto é, para além do limite, para a doença.

Estamos a vivenciar uma época única, respiramos o ambiente do final do século XX, repleto de entusiasmos, de dúvidas e de previsões, que nos permitem antecipar o futuro, planeá-lo e construir um amanhã melhor do que o de hoje. A investigação científica, enquanto acção, necessidade ou ambição de conhecimento do infinitamente pequeno ao infinitamente grande, ou simples prazer, pode dar resposta às nossas questões existenciais e orientar o planeta Terra para dias saudáveis de bem-estar para todos.

No seguimento da tese de mestrado sobre o tema *Comunicação Individual e Comunicação Social – sua relação com o Auto-conceito, Temperamento, Apoio Social e Êxito*, surgiu o desejo e a curiosidade de aprofundar melhor alguns aspectos da comunicação humana numa perspectiva da Psicologia da Saúde, que tivesse em consideração o desenvolvimento das relações humanas. É assim que no ano de 1994 se dá início à presente dissertação de doutoramento, *Comunicação e Bem-Estar no limiar do século XXI, conhecer através da Relação e orientar para a Saúde*, a ser apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob a orientação do Professor Doutor Adriano Vaz Serra, docente da referida universidade.

Durante o período de 1994-1999, foram desenvolvidos esforços para alcançar conhecimentos e práticas psicológicas que fossem úteis para a investigação em causa. A pesquisa bibliográfica; as leituras; as reuniões com o orientador; a Internet; viagens a instituições de saúde e universidades; os contactos com os especialistas no terreno e a participação em reuniões científicas; a tradução e adaptação de instrumentos de avaliação psicológica; a procura dos elementos para a constituição da amostra; a passagem dos instrumentos de avaliação psicológica; cotação dos diversos instrumentos; lançamento dos inúmeros dados no programa estatístico do computador; realização das interpretações estatísticas; escrever e

organizar as ideias e os dados obtidos; as reflexões e inferências; ocuparam muito tempo de vida pessoal.

Em Setembro de 1996 ao ser contemplada, no âmbito da medida 5/Ação 52 “ Formação avançada no Ensino Superior – PRODEP”, com tempo real de dispensa total serviço, de Setembro de 1997 a 19 de Junho de 1999., fiquei liberta do dinâmico e envolvente trabalho docente da Escola Superior de Educação de Beja, do Instituto Politécnico de Beja Foi então possível, durante os últimos dois anos, dedicar-me totalmente com todo o vigor e coração, ao trabalho já planeado anteriormente, conseguindo reunir uma população saudável de 922 respondentes, e finalizar o referido trabalho de investigação.

Animada pela atmosfera do final de século e do início de um novo milénio, empreendi esta dissertação de doutoramento, agora ao concluí-la, no último mês de um ano, que sempre imaginei como um número ligado à ciência e ao progresso positivo da Humanidade, espero desta forma também ter contribuído para este, com a presente investigação.

Levar por diante este empreendimento de cinco anos e chegar ao término, só foi possível graças ao apoio, disponibilidade, simpatia e abertura, de muitas pessoas anónimas, conhecidas, amigas e familiares, a quem deixo ficar desde já, o meu eterno reconhecimento e a minha sincera gratidão a todas elas.

Em primeiro lugar, quero expressar a minha gratidão ao Professor Doutor Adriano Vaz Serra, com que tive o privilégio de trabalhar nos últimos treze anos, (Licenciatura em Psicologia, Seminário em Psicologia Clínica (1986); tese de Mestrado em Ciências da Educação (Psicologia da Educação) (1993) e tese de Doutoramento em Psicologia (Psicologia da Saúde) (1999). Agradeço por desde sempre me ter estimulado o interesse e o prazer pela investigação, acompanhado e orientado o meu percurso científico, pelo apoio informático, e por me ter incentivado a aperfeiçoar e concretizar as minhas ideias.

Ao Professor Doutor Joaquim Armando Ferreira quero testemunhar a minha sincera gratidão pela disponibilidade de tempo oportuno, diálogos construtivos, pelos conselhos preciosos que sempre me concedeu e pelos conhecimentos científicos que me transmitiu, no sentido do enriquecimento e aprofundamento reflexivo sobre o bem-estar psicológico.

Ao Professor Doutor Mário Manuel Rodrigues Simões quero mostrar o meu reconhecimento pela disponibilidade e apoio, sugestões importantes e rigor científico, no âmbito da avaliação psicológica.

À Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, da Universidade de Coimbra, na figura do seu Presidente do Conselho Científico, o Professor Doutor

Nicolau Vasconcelos Raposo, agradeço e o interesse manifestado pela progressão do meu trabalho científico e académico.

Ao Instituto Politécnico de Beja, na pessoa do seu Presidente, o Dr. José Luís Ildefonso Ramalho, agradeço o interesse pessoal manifestado, o incentivo e o apoio concedidos ao aperfeiçoamento científico e evolução académica.

À Escola Superior de Educação, nas respectivas figuras, do Presidente do Conselho Directivo, Dr. João Leal e da Presidente do Conselho Científico a Dr.<sup>a</sup> Graciete Monge, sou grata pelo apoio fornecido, compreensão, interesse e respeito manifestado pelo curso do trabalho de investigação em causa.

Estou igualmente grata, ao Conselho Directivo da Escola Superior Agrária, ao Conselho Directivo da Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Beja e ao Conselho Directivo da Escola Superior de Enfermagem de Beja, por todas as diligências proporcionadas para a passagem dos instrumentos de avaliação psicológica.

Agradeço aos colegas da Unidade Pedagógica e das Ciências da Educação o respeito e consideração pelo meu trabalho.

Ao Dr.<sup>o</sup> Luís Guerra, Dr.<sup>a</sup> Ana Serraninho Rocha, Dr.<sup>a</sup> Ana Vitória e Dr.<sup>a</sup> Elizabete Teixeira, quero agradecer para além da disponibilidade, paciência e rigor no processo de tradução/retroversão dos instrumentos e na elaboração dos resumos, a amizade, ânimo e optimismo que sempre me transmitiram.

Manifesto o meu reconhecimento, pela simpatia e pelo apoio proporcionado na recolha dos elementos da amostra, aos colegas José Pedro Fernandes, Vito Carioca, Manuel Pedro Gonçalves, Maria José Ramalho, Cesário Almeida, António Carloto, Sameiro Masseno, José Morais e Jorge Matos.

Agradecimento pelos documentos facultados pela Administração Regional de Saúde do Alentejo, Sub-Região de Saúde de Beja, na figura do Dr.<sup>o</sup> João Lemos, e pelo Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES) na pessoa da Coordenadora Regional do Alentejo, Dr.<sup>a</sup> Idalécia Ferreira.

Ao Dr.<sup>o</sup> Carlos Ramalheira estou grata pela manifestação da sua opinião construtiva.

Aos meus alunos agradeço o estímulo para um melhor conhecimento e aprofundamento da realidade humana contemporânea e o interesse e ânimo transparente, que sempre manifestaram pelo meu trabalho de investigação.

Ao PRODEP estou grata pelo tempo útil disponibilizado e o financiamento que me foi facultado através da concessão de uma bolsa para doutoramento no país.

Num outro domínio e em paralelo, estiveram um conjunto de pessoas especiais e muito próximas das minhas questões existenciais ao longo do percurso da investigação, sem as quais não teria tido força humana para concluir este empreendimento.

À minha querida mãe Zézinha quero agradecer toda sua força de vida e expressão de comunicação que me dispensou ao longo da minha existência, as suas emoções positivas, a alegria, a esperança e o optimismo, o seu apoio incondicional e a atenção dada a todos os meus acontecimentos de vida, a sua paciência em me escutar e dialogar comigo, e os seus conselhos preciosos e sempre pertinentes.

Ao meu querido pai Alcino agradeço igualmente a sua atenção, o seu apoio incondicional e oportuno, a sua confiança e respeito pelo meu trabalho, o seu estímulo à excelência e à organização, a defesa do valor da saúde e a importância da actualização na vida, da persistência e da conclusão de uma tarefa com êxito.

Às minhas irmãs, Inês (a socióloga), Maria (a médica), Alcina (a matemática) e ao Zé (o engenheiro), meu irmão por afinidade, estou grata por apostarem e incentivarem o meu trabalho, pelo optimismo que me transmitiram, e pelos calorosos debates multidisciplinares, sempre produtivos e enriquecedores.

À Dr.<sup>a</sup> Maria Joaquina Pinto Nunes, colega e amiga de todas as horas, bem como à sua família alentejana, agradeço as conversas produtivas e a simpatia, o optimismo e sentido de humor, que me atenuou a dor proporcionada pelo *stress* da fase final da investigação.

Aos alentejanos e alentejanas que me receberam no Baixo Alentejo de portas abertas e que me ajudaram a acreditar com esperança no “nosso” mundo do bem-estar.

Beja, 8 de Dezembro de 1999

*Maria Cristina Campos de Sousa Faria*

## RESUMO – SUMMARY – RÉSUMÉ

### RESUMO

Situada no domínio da Psicologia da Saúde e considerando parte do universo da ciência dos relacionamentos interpessoais (Berscheid, 1994,1999), a presente investigação teve como principal preocupação responder ao problema “**Como produzir saúde?**”. Desta forma, considerámos como objectivo principal conhecer melhor os factores psicológicos que determinam um **bom investimento do stock do capital de saúde**. Partiu-se do Modelo de Produção de Saúde de Grossman (1972) e consideraram-se novos *inputs*, construtores de dias saudáveis: auto-conceito; apoio social expressivo e instrumental; optimismo disposicional; esperança estado; satisfação global com a vida; fontes de bem-estar subjectivo; recursos familiares; locus de controlo e saúde geral. Devido à dificuldade em encontrar instrumentos de avaliação psicológica de alguns constructos, foi construída uma escala (E.F.B.S.) e adaptados para a população portuguesa alguns instrumentos (I.E.S.S.S; L.O.T.-R; G.H.Q. (v. 12 itens); S.H.S.).

Recorreu-se a uma população “saudável” de 922 indivíduos distribuídos por duas amostras A1 (n=132) e A2 (n=790), de ambos os sexos e de cinco grupos etários (dos 17 aos 59 anos), oriundas do Baixo Alentejo.

Foi construído um **Indicador de Bem-Estar Subjectivo [I.B.E.S.]** que permite prever o desenvolvimento de bem-estar subjectivo de uma personalidade.

Identificámos uma **Constelação de Saúde (C.S.)**, a partir das dimensões avaliadas pelos instrumentos adaptados neste estudo.

Ao tentar responder à questão “**Quem são os indivíduos com maior stock de saúde e o que é que os diferencia dos outros?**”, identificámos o **indivíduo A** (com bom *stock* de saúde) e o **indivíduo B** (com mau *stock* de saúde). Chegámos à conclusão que a capacidade de gerar **saúde geral** (percepcionada pelo indivíduo) está em sintonia com o desenvolvimento das relações humanas, nomeadamente com o incremento dos *inputs* de auto-conceito, auto-eficácia, apoio social expressivo e experimental, optimismo disposicional, satisfação com a vida em geral, esperança estado; e por não atribuir os comportamentos ao factor sorte. Neste sentido, os reforços de saúde são contingentes ao comportamento do indivíduo; daí, a sua responsabilidade na comunicação de saúde para o bem-estar de todos.

**Palavras-chave:** População saudável; Psicologia da Saúde; Bem-estar psicológico; Qualidade de Vida; Apoio Social



## SUMMARY

Within the range of Health Psychology and taking into account the scope of the science of interpersonal relationships (Berscheid, 1994, 1999) the present research as it is main purpose ansering the problem “**How to produce health?**”. Therefore we have assumed as our main objective the improvement of our knowledge about the psychological factors that determine a **good investment of the stock of capital of health**. This research has been based on the Model of Production of Health of Grossman (1972) and we have also considered new inputs which make for healthy days: self-concept; instrumental and expressive social support; dispositional optimism; hope state; global satisfaction with life; sources of subjective welfare; family resources; locus of control and general health. Due to the difficulty in finding instrumentals of psychological assessment for some of the constructs, a scale has been built up designed (E.F.S.V.) and some instruments have been fitted to the portuguese population (I.E.S.S.S.; L.O.T. –R; G.H.Q. (v, 12 itens); S.H.S.).

We have resorted to a “healthy” population of 922 individuals from Baixo Alentejo, grouped in two samples A1(n=132) and A2 (n=790), of both sexes and of five age groups (between 17 e 59 years old).

We have also issued an **Indicator of Subjective Welfare (I.B.E.S.)** which allows us to predict the growth of subjective welfare of an individual.

A **Constellation of Health (C.S.)** has been identified based on the assessed constructs provided by the fitted instruments in this research.

On answering the question “**Who are the individual with a richer stock of health and what makes them different from others?**” we have identified **two individuals: A** (with a good stock of health) and **B** (with a bad stock of health). We have come to the conclusion the capacity of fostering **general health** (with the individual's awareness) matches the development of human relationships, namely with the increment of inputs of self-concept, self-efficiency, instrumental and expressive social support; dispositional optimism, satisfaction with life in general and hope state and because individuals do not attribute their behaviour to luck. On the whole the improvements of health are contingent upon the behaviour individuals who are therefore responsible for the communication of health and the well-being of all.

**Keywords:** healthy population; Health Psychology; Psychological well-being; Quality of life; Social support

## RÉSUMÉ

Située dans le domaine de la Psychologie de la Santé et ayant en considération certains aspects de l'univers de la science des relations interpersonnelles (Berscheid, 1994, 1999), cette recherche a eu comme but principal répondre au problème suivant: **“Comment produire de la santé?”** Ainsi, on a envisagé comme objectif principal une meilleure connaissance des facteurs psychologiques comme qui déterminent un **bon investissement du stock du capital de santé**. On a pris comme point de départ le Modèle de Production de Santé de Grossman (1972) et on a considéré de nouveaux *inputs*, constructeurs de jours salutaires: auto-concept; appui social expressif et instrumental; optimisme dispositionnel; espérance état; satisfaction globale avec la vie; sources de bien-être subjectif; ressources familiales; *locus* de contrôle et de santé générale. Étant donné la difficulté à trouver des instruments d'évaluation psychologique de certaines dimensions, on a construit une échelle (E.F.B.S.) et quelques instruments adaptés à la population portugaise (I.E.S.S.S.; L.O.T.-R; G.G.Q. (v.12 itens); S.H.S.).

On s'est servi d'une population “saine” de 922 individus distribués en deux échantillons A1 (n=132) et A2 (n=790) des deux sexes et cinq groupes d'âge (compris entre les 17 et les 59 ans), provenant du Baixo Alentejo.

Pour prédire le développement du bien-être subjectif d'une personnalité on a construit un **Indicateur de Bien Être Subjectif (I.B.E.S.)**.

À partir des dimensions évaluées par les instruments adaptés dans cette étude, on a identifié une **Constellation de Santé (C.S.)**.

En essayant de répondre à la question **“Qui sont les individus qui possèdent le plus grand stock de santé et ce que les distingue des autres?”**, on a identifié l'**individu A** (ayant un bon *stock* de santé) et l'**individu B** (ayant un mauvais *stock* de santé). Ceci nous a permis de conclure que la capacité de créer de la **santé générale** (perceptionnée par l'individu) est associée au développement des relations humaines, notamment avec l'incrément des *inputs* d'auto-concept, d'auto-efficacité, d'appui social expressif et expérimental, optimisme dispositionnel, satisfaction avec la vie en générale, espérance état; et de ne pas attribuer les comportements au facteur chance. Dans ce sens, les renforts de santé sont liés au comportement de l'individu; de là leur responsabilité en ce qui concerne la communication de santé pour le bien-être de tous.

**Mots-clés:** population en bonne santé; Psychologie de la santé; bien-être psychologique; Qualité de vie; Le soutien social

## ÍNDICE

<b>ÍNDICE DOS QUADROS</b>	<b>15</b>
<b>ÍNDICE DAS FIGURAS</b>	<b>17</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>18</b>

### 1ª PARTE – REVISÃO TEÓRICA

<b>CAPÍTULO 1 – COMUNICAR SAÚDE PARA CONSTRUIR BEM-ESTAR</b>	<b>38</b>
1.1. OLÁ ! Saúde !	38
1.2. A comunicação humana.	40
1.3. Comunicar saúde.	46
1.4. Comunicação e risco.	51
1.5. A construção de bem-estar.	62
<b>CAPÍTULO 2 – SAÚDE – UMA ABORDAGEM BIO-PSICO-SÓCIO-CULTURAL NO LIMAR DA REALIDADE</b>	<b>69</b>
2.1. A saúde dos cidadãos ao longo dos tempos.	69
2.2. A saúde e a doença.	81
2.3. Promoção de saúde.	92
2.4. Psicologia da saúde e a qualidade de vida.	96
2.5. Educação para a saúde.	102
2.6. A prioridade da educação para a saúde na escola.	112
2.7. Um povo que ama a sua saúde ama-se a si próprio.	117
<b>CAPÍTULO 3 – FONTES DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO</b>	<b>126</b>
3.1. Felicidade.	126
3.2. Bem-estar subjectivo.	137
3.3. Qualidade de vida.	148
3.4. Fontes de satisfação com a vida	156
3.4.1. Vida em família.	160
3.4.2. Casamento (namoro...)	169
3.4.3. Saúde.	173
3.4.4. Projecto de vida.	175
3.4.5. Relações sociais.	178
3.4.6. Actividades de lazer.	185
3.4.7. Educação (formação).	188
3.4.8. Emoções positivas (amizade).	190

<b>CAPÍTULO 4 – O DESENVOLVIMENTO DAS RELAÇÕES HUMANAS EM SAÚDE PARA UMA CONSTRUÇÃO DE BEM-ESTAR</b>	<b>199</b>
4.1. Desenvolvimento do <i>stock</i> de saúde.	199
4.1.1. Desenvolvimento das significações de saúde e doença.	199
4.1.2. Optimizar a intervenção da Psicologia da Saúde.	203
4.1.3. Investimento no <i>stock</i> do capital de saúde.	207
4.2. Auto-conceito e Locus de controlo de saúde	215
4.2.1. O auto-conceito na construção de bem-estar.	215
4.2.2. Locus de controlo, saúde e relações.	220
4.3. Apoio Social	230
4.3.1. Apoio social e bem-estar.	230
4.3.2. Definição do conceito de apoio social.	235
4.4. Esperança e Orientação na Vida para o bem-estar.	241
4.4.1. Esperança e bem-estar subjectivo	242
4.4.2. Orientação na vida (optimismo)	249
4.5. Delinear hipóteses sobre o investimento do capital do <i>stock</i> de saúde – Como produzir saúde ?	258

## 2ª PARTE – CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

<b>CAPÍTULO 5 – CONCETPUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</b>	<b>263</b>
5.1. Propósito e delimitação do problema.	263
5.2. Metodologia	272
5.2.1. Procedimento.	273
5.2.2. Amostra	275
5.2.3. Instrumentos utilizados.	278
5.2.4. Tratamento estatístico dos dados.	292
5.2.5. Validade de conteúdo.	293
<b>CAPÍTULO 6 – ESTUDO EMPÍRICO PRELIMINAR: ESTUDOS PSICOMÉTRICOS DOS INSTRUMENTOS (ESTUDO 1 – E.F.S.V.)</b>	<b>294</b>
6. Adaptação de instrumentos para a população portuguesa (Estudo 1).	294
6.1. Designação.	294
6.2. Indicações.	294

6.3. Apresentação do instrumento de avaliação.	296
6.4. Caracterização dos estudos realizados em Portugal.	299
6.4.1. Data e objectivos	299
6.4.2. População, amostra e metodologia.	299
6.4.3. Dados psicométricos.	304
6.4.4. Contextos, tempo de aplicação, procedimento de cotação (E.F.S.V.)	315
6.5. Parâmetros possíveis de interpretação dos resultados.	315
6.6. Análise crítica.	316
<b>CAPÍTULO 7 ESTUDO EMPÍRICO PRELIMINAR: ESTUDOS PSICOMÉTRICOS DOS INSTRUMENTOS (ESTUDO 2 – L.O.T –R.).</b>	<b>314</b>
7. Adaptação de instrumentos para a população portuguesa (Estudo 2).	317
7.1. Designação.	317
7.2. Indicações.	317
7.3. Apresentação do instrumento de avaliação.	317
7.4. Caracterização dos estudos realizados em Portugal.	322
7.4.1. Data de objectivos.	322
7.4.2. População, amostra e metodologia.	322
7.4.3. Dados psicométricos.	324
7.4.4. Contextos, tempo de aplicação, procedimento de cotação (L.O.T. –R.).	331
7.5. Parâmetros possíveis de interpretação dos resultados.	331
7.6. Análise crítica.	332
<b>CAPÍTULO 8 ESTUDO EMPÍRICO PRELIMINAR. ESTUDOS PSICOMÉTRICOS DOS INSTRUMENTOS (ESTUDO 3 – S.H.S.).</b>	<b>334</b>
8. Adaptação de instrumentos para a população portuguesa (Estudo 3).	334
8.1. Designação.	334
8.2. Indicações.	334
8.3. Apresentação do instrumento de avaliação.	334
8.4. Caracterização dos estudos realizados em Portugal.	338
8.4.1. Data e objectivos.	338
8.4.2. População, amostra e metodologia.	338
8.4.3. Dados psicométricos.	341
8.4.4. Contextos, tempo de aplicação, procedimento de cotação.	346
8.5. Parâmetros possíveis de interpretação dos resultados.	347
8.6. Análise crítica.	347

<b>CAPÍTULO 9 ESTUDO EMPÍRICO PRELIMINAR: ESTUDOS PSICOMÉTRICOS DOS INSTRUMENTOS (ESTUDO 4 – I.E.S.S.S.).</b>	<b>348</b>
9. Adaptação de instrumentos para a população portuguesa (Estudo 4).	348
9.1. Designação.	341
9.2. Indicações.	341
9.3. Apresentação do instrumento de avaliação.	349
9.4. Caracterização dos estudos realizados em Portugal.	352
9.4.1. Data e objectivos.	352
9.4.2. População, amostra e metodologia.	353
9.4.3. Dados psicométricos.	355
9.4.4. Contextos, tempo de aplicação, procedimento de cotação.	365
9.5. Parâmetros possíveis de interpretação dos resultados.	365
9.6. Análise crítica.	366
<b>CAPÍTULO 10 ESTUDO EMPÍRICO PRELIMINAR: ESTUDOS PSICOMÉTRICOS DOS INSTRUMENTOS (ESTUDO 5 – G.H.Q.)</b>	<b>368</b>
10. Adaptação de instrumentos para a população portuguesa.	368
10.1. Designação.	368
10.2. Indicações.	368
10.3. Apresentação do instrumento de avaliação.	368
10.4. Caracterização dos estudos realizados em Portugal.	371
10.4.1. Data e objectivos.	371
10.4.2. População, amostra e metodologia.	372
10.4.3. Dados psicométricos.	374
10.4.4. Contextos, tempo de aplicação, procedimento de cotação.	381
10.5. Parâmetros possíveis de interpretação dos resultados.	381
10.6. Análise crítica.	382
<b>CAPÍTULO 11 A CONSTRUÇÃO DO STOCK DE SAÚDE (ESTUDO 6).</b>	<b>384</b>
11. A construção do <i>stock</i> de saúde (Estudo 6).	384
11.1. O Indicador de Bem-Estar Subjectivo (I.B.E.S.).	385
11.2. A Constelação de Saúde.	392
11.3. O <i>stock</i> de saúde dos indivíduos <u>A</u> e <u>B</u> .	400
<b>DISCUSSÃO E CONCLUSÕES</b>	<b>406</b>
<b>RESUMO E CONCLUSÕES</b>	<b>421</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>426</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>449</b>

## ÍNDICE DOS QUADROS

### 1ª PARTE – REVISÃO TEÓRICA

<b>QUADRO 1</b>	Desenvolvimento da comunicação humana.	<b>48</b>
<b>QUADRO 2</b>	Compreensão do risco para melhor o comunicar.	<b>56</b>
<b>QUADRO 3</b>	Ambientes de confiança e de risco nas culturas pré-modernas e modernas.	<b>75</b>
<b>QUADRO 4</b>	Da primeira à Segunda revolução de saúde.	<b>85</b>
<b>QUADRO 5</b>	Avaliação na saúde e na(s) doença(s).	<b>92</b>
<b>QUADRO 6</b>	Modelos de colaboração interdisciplinar.	<b>101</b>
<b>QUADRO 7</b>	Motivação Para a Saúde.	<b>109</b>
<b>QUADRO 8</b>	Teorias da Educação Para a Saúde.	<b>111</b>
<b>QUADRO 9</b>	Estádios de desenvolvimento da família e correspondentes tarefas.	<b>163</b>
<b>QUADRO 10</b>	Níveis de significação dos processos de saúde e de doença.	<b>201</b>
<b>QUADRO 11</b>	Comparação dos elementos da definição de síntese e outras definições.	<b>238</b>
<b>QUADRO 12</b>	Intervenções de Apoio Social.	<b>241</b>
<b>QUADRO 13</b>	Orientação de Vida (optimismo).	<b>254</b>

### 2ª PARTE – CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

<b>QUADRO 14</b>	Características da amostra A2 (n= 790).	<b>277</b>
<b>QUADRO 15</b>	Caracterização das amostras A1 e A2 (fontes de satisfação com a vida).	<b>300</b>
<b>QUADRO 16</b>	Características das amostras A1 e A2 (satisfação com a vida).	<b>301</b>
<b>QUADRO 17</b>	Características gerais das amostras A1 e A2 (para cada uma das fontes).	<b>301</b>
<b>QUADRO 18</b>	Caracterização da amostra A2 (para a ordem).	<b>304</b>
<b>QUADRO 19</b>	Ordenação crescente das fontes de satisfação com a vida (frequência).	<b>305</b>
<b>QUADRO 20</b>	Ordenação das fontes de satisfação com a vida para A2.	<b>306</b>
<b>QUADRO 21</b>	Ordenação das fontes de satisfação (%) por sexo.	<b>307</b>
<b>QUADRO 22</b>	Ordenação das fontes de satisfação por grupo etário.	<b>307</b>
<b>QUADRO 23</b>	Estudo dos itens (E.F.S.V.).	<b>309</b>
<b>QUADRO 24</b>	Consistência interna (E.F.S.V.).	<b>310</b>
<b>QUADRO 25</b>	Itens (E.F.S.V.).	<b>311</b>
<b>QUADRO 26</b>	Matriz de Correlações (E.F.S.V.).	<b>312</b>
<b>QUADRO 27</b>	Factor 1: Bem-estar pessoal e social.	<b>313</b>
<b>QUADRO 28</b>	Factor 2: Bem-estar instrumental.	<b>314</b>
<b>QUADRO 29</b>	Factor 3: Bem-estar familiar.	<b>314</b>
<b>QUADRO 30</b>	Caracterização das amostras A1 e A2 (L.O.T.–R.).	<b>323</b>
<b>QUADRO 31</b>	Estudo dos itens (L.O.T.–R.).	<b>325</b>
<b>QUADRO 32</b>	Consistência interna (L.O.T.–R.).	<b>327</b>

<b>QUADRO 33</b>	Itens (L.O.T– R.)	<b>328</b>
<b>QUADRO 34</b>	Matriz de correlações (L.O.T.–R.).	<b>328</b>
<b>QUADRO 35</b>	Factor 1: Optimismo.	<b>329</b>
<b>QUADRO 36</b>	Caracterização das amostras A1 e A2 (S.H.S.)	<b>339</b>
<b>QUADRO 37</b>	Estudo dos itens (S.H.S.).	<b>341</b>
<b>QUADRO 38</b>	Consistência interna (S.H.S.).	<b>344</b>
<b>QUADRO 39</b>	Itens (S.H.S.).	<b>344</b>
<b>QUADRO 40</b>	Matriz de correlações (S.H.S.)	<b>345</b>
<b>QUADRO 41</b>	Factor 1: Acção.	<b>346</b>
<b>QUADRO 42</b>	Factor 2: Direcção.	<b>346</b>
<b>QUADRO 43</b>	Caracterização das amostras A1 e A2 (I.E.S.S.S.).	<b>353</b>
<b>QUADRO 44</b>	Estudo dos itens (I.E.S.S.S.)	<b>357</b>
<b>QUADRO 45</b>	Consistência interna (I.E.S.S.S.).	<b>359</b>
<b>QUADRO 46</b>	Itens (I.E.S.S.S.).	<b>359</b>
<b>QUADRO 47</b>	Matriz de correlações (I.E.S.S.S.).	<b>360</b>
<b>QUADRO 48</b>	Factor 1: Vínculo de apoio afectivo.	<b>361</b>
<b>QUADRO 49</b>	Factor 2: Insatisfação com as relações íntimas.	<b>362</b>
<b>QUADRO 50</b>	Factor 3: Conflito.	<b>362</b>
<b>QUADRO 51</b>	Factor 4: Falta de dinheiro.	<b>363</b>
<b>QUADRO 52</b>	Factores 5,6,7 e 8.	<b>364</b>
<b>QUADRO 53</b>	Caracterização das amostras A1 e A2 (G.H.Q.).	<b>372</b>
<b>QUADRO 54</b>	Estudo dos itens (G.H.Q.).	<b>375</b>
<b>QUADRO 55</b>	Consistência interna (G.H.Q.)	<b>377</b>
<b>QUADRO 56</b>	Itens (G.H.Q.).	<b>378</b>
<b>QUADRO 57</b>	Matriz de correlações (G.H.Q.).	<b>379</b>
<b>QUADRO 58</b>	Factor 1: Acontecimentos de vida e auto-estima	<b>379</b>
<b>QUADRO 59</b>	Factor 2: Depressão.	<b>380</b>
<b>QUADRO 60</b>	Correlações de Pearson entre as notas globais das dimensões (apoio social; satisfação com a vida; satisfação com as fontes; saúde geral; esperança; optimismo).	<b>385</b>
<b>QUADRO 61</b>	Análise da regressão <i>stepwise</i> para a saúde geral.	<b>387</b>
<b>QUADRO 62</b>	Análise da regressão <i>stepwise</i> para satisfação com a vida.	<b>388</b>
<b>QUADRO 63</b>	Análise da regressão <i>stepwise</i> para satisfação com as fontes.	<b>389</b>
<b>QUADRO 64</b>	Análise da regressão <i>stepwise</i> para esperança.	<b>390</b>
<b>QUADRO 65</b>	Análise da regressão <i>stepwise</i> para apoio social.	<b>390</b>
<b>QUADRO 66</b>	Análise da regressão <i>stepwise</i> para orientação da vida.	<b>391</b>
<b>QUADRO 67</b>	Correlações de Pearson entre as notas globais das dimensões (auto-conceito; recursos familiares; locus de controlo de saúde; I.P.C.; e as outras variáveis da investigação).	<b>393</b>
<b>QUADRO 68</b>	Análise da regressão <i>stepwise</i> para saúde (relação com todas as variáveis)	<b>395</b>
<b>QUADRO 69</b>	Análise da regressão <i>stepwise</i> para satisfação com a vida (relação com todas as variáveis).	<b>396</b>
<b>QUADRO 70</b>	Análise da regressão <i>stepwise</i> para a satisfação com as fontes (relação com todas as variáveis).	<b>397</b>
<b>QUADRO 71</b>	Análise da regressão <i>stepwise</i> para esperança estado (relação com todas as variáveis).	<b>398</b>
<b>QUADRO 72</b>	Análise da regressão <i>stepwise</i> para apoio social expressivo e instrumental (relação com todas as variáveis).	<b>398</b>
<b>QUADRO 73</b>	Análise da regressão <i>stepwise</i> para optimismo (relação com todas as variáveis).	<b>399</b>
<b>QUADRO 74</b>	Análise da regressão <i>stepwise</i> (Previsões de Saúde Geral)	<b>403</b>



## ÍNDICE DAS FIGURAS

### 1ª PARTE – REVISÃO TEÓRICA

<b>FIGURA 1</b>	Relação entre saúde e doença (adaptado de Ribeiro, 1994b)	<b>86</b>
<b>FIGURA 2</b>	Modelo de relação entre saúde e doença (adaptado de Ribeiro, 1994b; 60-61.)	<b>86</b>
<b>FIGURA 3</b>	O Modelo biopsicossocial de Engel (1980) (adaptado de Pereira, 1996, 358)	<b>88</b>
<b>FIGURA 4</b>	Conceitos relacionados com a saúde.	<b>90</b>
<b>FIGURA 5</b>	Relações de aproximação entre objectos de interesse na promoção da saúde.	<b>96</b>
<b>FIGURA 6</b>	A interacção dos processos de comunicação e a intervenção em saúde.	<b>113</b>
<b>FIGURA 7</b>	O desenvolvimento do bem-estar subjectivo.	<b>137</b>
<b>FIGURA 8</b>	Modelo de Produção de Saúde (adaptado de Giraldes, 1993, 3).	<b>212</b>
<b>FIGURA 9</b>	Modelo Interactivo de Produção de Saúde.	<b>214</b>
<b>FIGURA 10</b>	Proposta de uma Estrutura de Apoio social (adaptado de Lin, 196b, 341)	<b>232</b>
<b>FIGURA 11</b>	As direcções da Orientação de Vida de uma personalidade.	<b>253</b>

### 2ª PARTE – CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

<b>FIGURA 12</b>	Modelo de Construção de Saúde.	<b>271</b>
<b>FIGURA 13</b>	O processo de construção do <i>stock</i> de saúde.	<b>405</b>

## INTRODUÇÃO

Os seres humanos estão à porta do terceiro milénio, foram eles que assim contaram o tempo e desta forma determinaram a sua história e a sua biografia. Vivemos numa época de balanço, de descobertas fantásticas no domínio da ciência e da vida que nos obrigam a perspectivar as direcções do futuro, cada vez mais previsível e por isso, mais próximo de nós. Muitas são as preocupações contemporâneas que tomam por assalto futurista a vida das pessoas, do *bug* informático à descoberta da telomerase (proteína da longevidade que atrasa o relógio do envelhecimento), da calamidade do desemprego à sociedade do lazer, do aumento da população de centenários aos bebés proveta, do telemóvel ao satélite ou à sonda interplanetária, da poluição do ambiente aos alimentos transformados por mutação genética, são múltiplas as descobertas, problemas e as novidades oriundas dos mais diversos domínios do conhecimento ou dos diferentes espaços circunscritos no domínio do planeta Terra ou fora dele.

No mundo de hoje, as exigências que se fazem ao ser humano das várias gerações são cada vez maiores. A informação, a transformação do ambiente social e físico ou geográfico, a vida humana, correm a uma velocidade vertiginosa, pelo que, exigem competências de ajustamento e reajustamento constantes, de cada personalidade em devir. A interpretação e o confronto com os factos da modernidade, implicam tarefas acrescidas para os indivíduos deste final de século, por conseguinte, é preciso o aumento de *insights* ou de ideias luminosas para a resolução dos problemas imprevistos e

tantas vezes desconhecidos; o desenvolvimento de aptidões de saber lidar com o *stress* quotidiano; a criatividade e a perspicácia de observar o real como um todo nas suas múltiplas perspectivas; a capacidade de discernimento entre o falso e o verdadeiro, o bom e o mau, o velho e o novo, o certo e o errado; a capacidade de comunicar com transparência uma ideia, um sentimento ou um valor pessoal num contexto agitado e numa panaceia de ideias; o vigor de uma decisão consciente e responsável em conformidade com o conhecimento adquirido, defensor da dignidade humana e não do lucro económico ou do nível de audiência.

Se as pessoas quiserem sobreviver ao ritmo acelerado com que são confrontadas todos os dias *in locus* da sua vida particular ou através da informação apresentada pela *mass media*, (que parecem ter por obrigação ou missão, não só a transmissão de um acontecimento, facto ou ideia do presente passado ou futuro, mas a procura insaciável de novidades falsas ou verdadeiras, com que presenteia as audiências), têm de **defender o valor e a prática da saúde para todos**. Os seres humanos devem vigiar e estar atentos à sua saúde e à dos outros (vigilantes da construção do bem-estar).

Através das observações sobre o mundo em que vivemos na actualidade, surgiram algumas preocupações humanistas sobre a génese de saúde que se enquadravam no âmbito do trabalho desencadeado pela Psicologia da Saúde; muito em particular nos domínios da prevenção de comportamentos de risco, protecção da saúde e da promoção de bem-estar e qualidade de vida. Existem muitas questões para as quais se torna urgente encontrar respostas viáveis, que possibilitem desencadear esforços eficazes, que conduzam ao desenvolvimento saudável de uma personalidade e

respectivo bem-estar global. Já que, os humanos vivem numa época de constante transformação (geográfica, política, tecnológica, cultural, artística, científica, comunicacional, relacional) e por isso, no limiar da realidade, que factores determinam a vida dos indivíduos saudáveis? Como é possível aumentar a saúde e o bem-estar de uma pessoa, grupo ou sociedade? Até que ponto um indivíduo pode agir sobre a sua saúde e a do outro ? De que forma a relação interfere na construção do bem-estar subjectivo? Estas questões constituíram os vectores iniciais que deram origem à dissertação que a seguir se apresenta. A pesquisa bibliográfica mostrou uma diversidade de preocupações sobre saúde e uma vasta participação dos diversos domínios do conhecimento.

Os **cuidados de saúde primários** desempenham um papel importante na promoção da saúde o que contribuiu para a promoção do incremento de saúde e bem-estar psicológico; tal facto, envolve áreas de trabalho que requerem instrumentos que avaliem mais o bem-estar positivo, do que a ausência de sintomas ou de angústia subjectiva (Hopton, Hunt, Shiels & Smith, 1995).

A concretização dos **objectivos da saúde e do bem-estar** são a transposição em termos de resultados, da atenção dada aos problemas e às necessidades dos indivíduos. Os sistemas de saúde partilham com numerosos sectores da sociedade a responsabilidade das medidas destinadas a prevenir os problemas de saúde e de bem-estar, a proteger a saúde e a promover a melhoria do estado de saúde e de bem-estar da população. A eficácia e a eficiência dos sistemas de saúde na prestação de serviços de saúde pública, requerem que estes sejam bem delineados e cumpridos por aqueles que neles

participam (Morin & Roy, 1996). Neste sentido, os serviços de saúde pública têm como tarefa utilizar estratégias de habilitação/formação e educação do indivíduo para iniciar e sustentar os processos de mudança, destinados a desenvolver os ambientes favoráveis à saúde, a suscitar a adopção de hábitos saudáveis de vida e a orientar os serviços para a intervenção precoce. Os serviços de saúde pública devem emitir um julgamento ou juízo de avaliação, dos processos da pré-mudança e da mudança (processos de avaliação), numa perspectiva formativa e sumativa

As **políticas de saúde pública** constituem importantes princípios orientadores que servem para guiar e modelar o bem-estar dos indivíduos, grupos e sociedade, daí que seja importante a participação dos cientistas do comportamento que serão neste caso políticos eficientes (Holtgrave, 1997).

Na perspectiva de Blais *et al.* (1995) a **saúde mental e física** é influenciada pelo afecto positivo ou negativo veiculado pelo indivíduo na presença de *stressors* quotidianos, assim como de experiências positivas. Os autores propõem um modelo do *stress* e da saúde, que salienta o papel da motivação e da auto-determinação na interacção entre os factores psicossociais, o *stress* e a saúde. Acreditam que a motivação, definida como a razão pela qual as pessoas investem numa actividade, desempenha um papel central na percepção e na ocorrência ou orientação de um acontecimento. Se uma situação é exigente ou de *stress*, a motivação pode modelar a resposta a esse acontecimento, de tal modo que ele pode ser acolhido com resignação, desespero ou cólera, ou ainda com sentimentos de excitação, de agrado ou prazer.

Henning *et al.* (1997) observaram que pequenos intervalos (15 minutos) num trabalho contínuo com o computador podem beneficiar a produtividade do trabalhador e o seu **bem-estar no local de trabalho**, quando os intervalos estão integrados nas exigências do serviço.

Miller & Wood (1997) num estudo sobre a influência dos **estados emocionais** na reactividade automática e função pulmonar em crianças com asma, verificaram que a tristeza influencia de forma automática a constrição do ar enquanto a felicidade alivia.

Lasko *et al.* (1996) num estudo sobre depressão, felicidade dos pais, relações íntimas, apoio social, auto-estima, e comportamentos de risco num grupo de 455 **adolescentes**, verificaram que os jovens que se encontravam deprimidos apresentavam menos intimidade com os pais, sentiam menos apoio social e apresentavam baixa auto-estima em relação aos seus pares. Por outro lado, adolescentes que percepcionavam a mãe e o pai como infelizes relatavam menos intimidade com os pais e menos apoio social.

Contento *et al.* (1995) a propósito da organização teórica que dá forma à **comunicação**, educação, comportamento e ambiente nas estratégias utilizadas para a mudança de comportamentos e nomeadamente os relacionados com a nutrição, refere a importância dos contributos do *modelo de do comportamento-atitude-conhecimento* (um ganho através de um conhecimento novo está ligado a mudanças de atitude, que por sua vez, resulta na implementação de uma dieta comportamental ou em práticas); do *modelo da crença de saúde* (a ênfase na percepção de uma sequência como uma força motivadora e a percepção dos benefícios promovendo um caminho preferencial para a acção); da *teoria da aprendizagem social* (ênfase de natureza interactiva dos efeitos dos factores cognitivos e pessoais e a influência dos efeitos dos

acontecimentos do ambiente no comportamento); do modelo de *marketing* (um agregado de funções envolvem um movimento dos bens do produtor para o consumidor); *do modelo do marketing social* (utilização dos conceitos de *marketing* e instrumentos para o aumento da aceitabilidade das ideias e práticas sociais); e o *modelo da acção social* (utilização dos conflitos e aproximações do direito e advocacia para mudar os interesses do poder e defender as vítimas).

De acordo com a *American Dietetic Association* (1996) para se ser eficaz na criação real e actual da **mudança de comportamentos**, os programas de educação para a nutrição devem ser desenvolvidos a partir de uma base assente nas necessidades, comportamentos, motivações e desejos das audiências. A grande variedade de estratégias devem ser identificadas como efectivas, se ajudam a aumentar o conhecimento, estimular a motivação, encorajar e manter o comportamento de mudança. Uma estratégia do reforço múltiplo, através do qual os consumidores são constantemente confrontados através da repetição com mensagens consistentes, pode apoiar melhor os esforços individuais de educação para a nutrição.

Simon (1995) defende que os papéis no trabalho e na família têm diferentes significados para o homem e para a mulher, tais diferenças são em parte responsáveis pelo facto de, no domínio da saúde mental, ser mais vantajoso para o homem do que para a mulher a combinação de múltiplos papéis. As **diferenças de género na percepção das inter-relações** é dada em função dos papéis, estes estão associadas com diferenças entre o modo como homens e mulheres percebem **sentimentos de conflito** devidos a um papel, especialmente entre o seu trabalho e os filhos. Curiosamente, o autor adianta que o seu estudo mostra que os indivíduos casados com

mulheres que estão empregadas mostram mais angústia do que os que estão casados com donas de casa, uma mulher empregada parece ter um significado importante para a saúde mental dos maridos.

A propósito do **conceito de saúde sexual** a OMS apresentou em 1975 um documento que a define como (...) *the integration of the somatic, emotional, intellectual and social aspects of sexual beings in ways that are positively enriching and the enhance personality, communication and love.*(WHO, 1975, 2). A auto-estima da mulher deve constituir uma preocupação dos profissionais dos cuidados de saúde, que trabalham na área da saúde sexual. Uma elevada auto-estima é necessária para assumir responsabilidades para as decisões sobre o sexo e relacionamento sexual. Few (1997) considera que a mulher, e em particular as mais jovens, necessitam de serem autorizadas para fazer escolhas e tomar decisões sobre o relacionamento sexual. A autorização não diz respeito a um assunto de dominância mas, simplesmente, significa criar forças e capacidades para decidir sobre si próprias, para realizar escolhas e resistir a situações que as oprimem. O valor da sexualidade feminina tem de ser observado com maior atenção, nomeadamente, a sua **relação com o corpo** como defende Wolf (1991) (libertação do mito da beleza), nas intervenções e programas de prevenção do HIV e de promoção de saúde sexual; contudo, a solução mais coerente para a ultrapassagem dos problemas relativos à saúde sexual feminina passa pela inclusão da participação activa e da responsabilização de homens e mulheres, das diversas gerações e culturas.

Em 2030 os americanos esperam 9 milhões de indivíduos com 85 anos e em 2050 16 milhões (Siegel & Taueuber, 1986, *cit.* Sherry, 1996). A **competência cognitiva quotidiana** que é definida como a aptidão de realizar



adequadamente as tarefas cognitivas complexas do dia a dia, consideradas essenciais para viver por si próprio(a) em sociedade, é essencial para a sobrevivência humana. As pessoas vivem mais tempo mas também são vulneráveis a problemas de doença crónica e saúde frágil, para melhor servir este estrato da população é preciso realizar uma mudança do sistema de cuidados de saúde.

A este propósito, Dungan, Brown e Ramsey (1996) consideram que a intervenção regular do exercício, socialização, estratégias de auto-ajuda, informação de saúde apresentam um efeito clínico positivo na saúde física e mental de um grupo de anciãos debilitados, proporcionando-lhes viver de forma independente, mantendo o seu *status quo*. Citando vários autores e seus contributos, ficámos a saber por seu intermédio que: **(a)** o estatuto de saúde é o contributo mais importante para a satisfação com a vida (Huss *et al.*, 1988); **(b)** a interpretação dos acontecimentos de *stress* é realizada em função da importância que eles representam para o auto-conceito dos indivíduos (Downe-Wamboldt, 1991); **(c)** foram encontradas correlações significativas e positivas entre o *coping* e a satisfação com a vida e entre medidas objectivas e subjectivas de satisfação com a vida (Wamboldt, 1991); **(d)** o número de apoios sociais está relacionado com a satisfação com a vida (Kaye e Monk, 1991).

**O nível de satisfação com a vida** numa idade avançada pode constituir um indicador para a avaliação da capacidade de envelhecer com êxito. O bem-estar subjectivo apresentado por estes grupo de indivíduos, deve ser tomado em consideração por todos os que trabalham com o último nível etário ou último estado de desenvolvimento da personalidade, pelo que, pode constituir um dos objectivos a ser tomado em consideração para determinar a satisfação com a vida e a felicidade nos indivíduos longevos.

Allain *et al.* (1996) destacam que os factores como **o estatuto de saúde**, estatuto funcional, contacto social e nível de rendimento estão associados com as determinantes de satisfação com a vida. Por conseguinte, num estudo a partir de uma amostra de 278 indivíduos, com idades compreendidas entre os 60 e os 92 anos, observaram que as mudanças sociais, o declínio do apoio familiar, a diminuição do respeito dos filhos ou das crianças têm um efeito negativo na felicidade e satisfação com a vida; pelo que, a intervenção de programas para este grupo especial de humanos, deverão ter em consideração as condições de bem-estar consideradas. Os indivíduos residentes em meio rural mostraram-se mais satisfeitos com a sua vida e mais felizes do que os do meio urbano.

Mirowsky e Ross (1996) defendem que a primeira distinção a ser efectuada deve ser feita entre **condições, crenças e emoções**. A riqueza é uma condição, a confiança uma crença e a alegria uma emoção. As crenças fazem a ponte mental entre as condições externas e a resposta emocional. Em conjunto, as condições, as crenças e as emoções direccionam o comportamento: as *emoções* de motivação; as *crenças* que guiam; e as *condições* que restringem.

Mirowsky e Ross (1996) referem que **bem-estar aumenta com as emoções positivas e diminui com as negativas**; e que a expressão aumenta em ambos. De acordo com os autores as mulheres têm uma tendência para apresentar um nível mais baixo de bem-estar do que os homens, mas expressam mais as suas emoções do que os indivíduos do sexo masculino. Por conseguinte, as mulheres parecem apresentar mais emoções negativas do que os homens por duas razões: as mulheres são mais

deprimidas e mais expressivas; e curiosamente, a sua grande expressividade é um factor que contraria o seu baixo bem-estar.

Fillenbaum (1987, *cit.* Sherry, 1996) conceptualizou a **saúde funcional** como um fenómeno multidimensional envolvendo factores físicos, cognitivos e sociais. O indicador de saúde funcional tem sido estudado a partir da observação da mobilidade das pessoas longevas, auto-manutenção física e realização das actividades diárias.

Nos últimos tempos, vários estudos salientam uma forte conexão entre a **saúde física e o bem-estar psicológico**. Por exemplo, as pessoas com doenças crónicas e em condições debilitantes, como é o caso da artrite reumatóide, evidenciam elevados níveis de depressão e níveis de baixa satisfação com a vida, em comparação com os outros indivíduos da comunidade. O grau de debilidade associado à condição está correlacionado negativamente com o bem-estar psicológico. Em conformidade com uma variedade de condições e apesar da debilitação, alguns indivíduos são capazes de manter um elevado nível de qualidade de vida.

Neuman *et al.* (1989, *cit.* Dowdy, 1996) observaram que o controlo da debilitação e o bem-estar psicológico estão positivamente correlacionados com a duração do tempo em que a pessoa foi diagnosticada com o problema, o que sugere a intervenção de uma operação dum processo de adaptação. Ao constatar que a existência de um ajustamento diferencial às debilidade físicas é importante identificar os factores, que moderam e mediam a relação entre a **debilitação** e o **ajustamento**. Uma compreensão destes factores contribui para delinear melhor as intervenções de informação e de assistência. O **coping** e o **apoio social** têm-se revelado como variáveis com um papel potencial

importante nas dinâmicas mediadoras e moderadoras dos processos considerados.

Dowdy *et al.* (1996) defendem que a conceptualização do **bem-estar subjectivo** não deve ser efectuada numa base de um constructo unidimensional que varia entre pobre e excelente, já que, é mais importante considerar o ajustamento e distinguir os seus aspectos positivos e negativos. Os autores referem que no caso da dor associada à artrite reumatóide, os indicadores do ajustamento positivo são influenciados por estilos activos e passivos de saber lidar com a dor, mas o ajustamento negativo é predominantemente influenciado e dominado por um *coping* passivo de dor. Por exemplo as mulheres com esta patologia apresentam um estilo ruminativo associado a estratégias de *coping* mais passivo, pelo que se encontram com maior risco de depressão e disposição negativa do que os homens, que utilizam estratégias de *coping* activo baseados na distração ou divertimento.

Ross e Mirowsky (1989) observaram numa amostra de 809 indivíduos adultos de uma população domiciliária, que a **capacidade de controlo percebido**, a resolução de problemas e o apoio social diminuem os sintomas depressivos. As mulheres tendem a encontrarem-se em situações de dependência pelo que, reduzem o seu controlo percebido. Esta redução de controlo pode provocar sentimentos de desespero, aumentando o recurso a um *coping* passivo dos comportamentos ligado a um aumento dos sintomas depressivos. Estamos diante do “ciclo vicioso” descrito por Smith e Wallston em 1992.

Ter uma boa **qualidade de vida** é especialmente importante para as pessoas com doenças crónicas, daí a importância da exploração dos

factores que determinam o bem-estar psicológico, como por exemplo, as diferenças do impacto da doença, situação social, apoio social, comportamentos de *coping*. A compreensão da intervenção diferencial em relação ao sexo assegura melhores acontecimentos de saúde para cada indivíduo. As diferenças de género observam-se nos indicadores negativos de bem-estar psicológico enquanto que os indicadores positivos não apresentam diferenças significativas. O enfraquecimento físico, o *coping* passivo com a dor e a qualidade emocional do apoio social constituem indicadores negativos de bem-estar psicológico que se encontram mais ligados aos indivíduos do sexo feminino que sofrem de artrite reumatóide (Dowdy, Dwyer, Smith & Wallston, 1996).

Kelly (1985, *cit. Vest et al.*, 1997) identifica **nove pressupostos** ou variáveis relacionadas com a preservação da família, da sua saúde holística e prática de valores: **(1)** as pessoas que vivem em conjunto influenciam a saúde uma das outras; **(2)** os conceitos holísticos de saúde podem ser avaliados e aumentar a qualidade do bem-estar familiar; **(3)** a qualidade de saúde da família como um todo tende a indicar a qualidade geral da saúde dos seus membros; **(4)** alguns dos membros da família (adultos) têm maior responsabilidade no bem-estar da família que outros elementos (crianças), mas trata-se de uma diferença meramente relativa à responsabilidade da família como um todo; **(5)** as crianças necessitam de uma supervisão do bem-estar e educação; **(6)** um elemento que apresente uma saúde pobre diminui a qualidade da saúde da família como um todo; **(7)** na recuperação da saúde, um indivíduo necessita de cooperação e suporte familiar; **(8)** os vários elementos contribuem para a configuração da vida familiar que afecta o bem-estar de cada indivíduo e da família; **(9)** a saúde da família é um processo em desenvolvimento, que muda como as mudanças dos seus membros e que flutua com as pressões ambientais.

Pruchno e Burant (1997) observaram que as famílias que apresentam uma “*consciência comum*” surgem como menos afectadas pelas situações de *stress* do que as outras. O que está de acordo com a noção de Hill (1949) de **integração familiar** (orgulho das tradições familiares e elevada participação como família em actividades em conjunto) que aliás, surge como central no processo de ajustamentos dos indivíduos, realizados com êxito. As famílias caracterizadas com baixo acordo, na sua maioria, denotam um relacionamento que não é significativo. A investigação mostrou que os membros das famílias têm o potencial para fazer com que os elementos sintam que eles são imprescindíveis para alcançar os objectivos de qualquer intervenção familiar, pelo que, desencadeiam esforços de união para ajudar nos cuidados de saúde e na preservação do bem-estar familiar.

Janus e Golberg (1997) estudaram factores que influenciam a **participação da família**, nomeadamente quando têm no seu seio uma criança que sofre de uma doença crónica; e chegaram à conclusão que as famílias participam menos quando o bem-estar parental é inferior, e quando o nível de organização da vinculação mãe-criança é baixo.

Carruth, Tate, Moffett e Hill (1997), guiados pela teoria da equidade e da permuta social, teoria da solidariedade da família e sobre a literatura dos cuidados de saúde, realizaram um estudo sobre o desenvolvimento de um modelo teórico para explicar a **satisfação da família nos cuidados de saúde** que prestavam ao seus pais anciãos. Os resultados revelaram que a satisfação da família era directamente e indirectamente influenciada pela reciprocidade, bem-estar emocional e funcionamento familiar. Os reforços intrínsecos derivavam dos cuidados prestados, afecto positivo, e o

funcionamento familiar contribuiu para elevados níveis de satisfação com a família, enquanto que a disforia contribuía para baixos níveis. Os pais anciãos também contribuía indirectamente, de modo positivo ou negativo para a satisfação familiar. Os dados sugerem que a qualidade do relacionamento com os pais longevos pode influenciar o nível de satisfação familiar. A hipótese de que o bem-estar emocional é influenciado pelo funcionamento familiar parece ser uma verdade incontestável.

Astedt-kurki e Hopia (1996) ao perspectivarem o bem-estar subjectivo como uma **experiência de saúde**, consideram que este constructo faz parte integral da vida da família. Por isso, a partir da distinção entre as dimensões do *fazer*, *saber* e *sentir* sobre as experiências de bem-estar do estilo de vida quotidiano, procuraram conhecer a perspectiva da família (tantas vezes ignorada); para isso, entrevistaram (por duas vezes) nove famílias sobre as suas experiências da saúde e bem-estar familiar. Os autores concluíram que as ligações emocionais que constituem o vínculo do conjunto dos membros da família podem ser um factor da tendência da família produzir conhecimentos detalhados e ricos sobre o bem-estar. Por outro lado, notaram que as famílias tentam dar uma imagem positiva de si próprias.

A **psicologia** está em mudança a partir dos diversos recursos e dos múltiplos modos de participar e ajudar a alcançar as necessidades da sociedade do conhecimento e da informação; por exemplo, hoje, os psicólogos de vários países têm acesso à Internet, o que permite diminuir a lacuna entre os países industrializados e os em via de desenvolvimento (Rosenzweig, 1999). No contexto da mudança em psicologia, Berscheid (1999) defende que está na altura de legitimar o aparecimento de uma ciência do relacionamento,

que será um acontecimento salutar para a psicologia, já que irá permitir a partilha integradora das perspectivas psicológicas teóricas e práticas no domínio do social, do comportamento e do biológico; e conclui, *About this problems, I have said little because – for those of us who personality are concerned about the future of valued human relationships, as well as those of us who professionally believe that most human behavior occurs in the causually poten contex of relationships – it is that very special morning when, at long last, we truly can see the gree of a science of relationships.* (Berscheid, 1999, 265).

Diante das investigações apresentadas a curiosidade sobre o universo da saúde multiplicou-se vertiginosamente. Surgiu uma bateria de questões infindáveis. Qual será o segredo que conduz a uma maior longevidade com saúde, satisfação com a vida e elevado bem-estar subjectivo? Quais os factores que determinam a satisfação com a vida dos indivíduos das diversas gerações? Como podemos melhorar os bem-estar das pessoas? Como revolucionar o ensino/aprendizagem de saúde nas escolas desde o jardim de infância ao jardim da longevidade? De que forma a comunicação de saúde expressada por uma personalidade ou apresentada no contexto da família, da escola, do trabalho, do grupo de amigos ou da sociedade, contribui para uma qualidade de vida? Como elaborar os programas de educação para a saúde ou as iniciativas de prevenção e promoção de comportamentos salutareis de modo que vão ao encontro dos interesses, necessidades ou problemas de saúde apresentados pelos indivíduos de uma comunidade? Que iniciativas devem ser implementadas para a defesa da qualidade de vida na saúde e da qualidade de vida na doença? E por aí, em diante, na vanguarda da saúde.



A primeira conclusão a que se chegou, foi a seguinte: é impossível abarcar a totalidade do campo da investigação realizada e, embora muito já tenha sido feito e estudado no domínio da saúde, é ainda muito pouco, comparado com o que é preciso fazer e investigar. A segunda, diz respeito, à escassez de instrumentos de avaliação psicológica de saúde adaptados para a população portuguesa sobre o optimismo, esperança, apoio-social, saúde geral e satisfação com a vida. Contudo, era preciso escolher uma trajectória para uma dissertação, que tivesse como base a saúde e o seu envolvimento dinâmico e reversível com a relação, destacando os mecanismos de construção pessoal e social, indispensáveis ao desenvolvimento e comunicação de bem-estar.

Na diversidade das trajectórias possíveis, o caminho escolhido teve como base a informação recolhida sobre o modelo de construção de saúde de Grossman (1972) e a respectiva representação em forma de diagrama apresentada por Maynard (1981). Grossman (1972) perspectivou a saúde a partir da noção de um *stock*, que se deprecia ao longo do tempo e que pode ser aumentado através do investimento; por conseguinte, a saúde constitui um ***bem de consumo*** e pode ser considerada como um ***bem de investimento***. Desta forma, agarrando a possibilidade de vários factores poderem ser considerados como *inputs* de saúde, a presente dissertação procurou investigar quais os factores psicológicos que determinam um bom *stock* de saúde, de uma personalidade em devir, e de que forma a imagem de qualidade de vida, a expressão de saúde e a comunicação de bem-estar apresentadas por uma pessoa, podem ser de capital importância para a construção da saúde individual e social. No seguimento deste pensamento,

foram seleccionados os *inputs* do modelo de construção de saúde referido anteriormente, com focagem particular, na Educação e o Ambiente familiar e acrescentaram-se as seguintes dimensões: Apoio Social, Orientação/Satisfação com a vida, locus de controlo/ Responsabilidade pelos resultados e Auto-conceito.

Para levar por diante a investigação foi necessário adaptar e construir instrumentos psicológicos que pudessem ser utilizados com rigor científico na população portuguesa. Por outro lado, considerando que a maior parte dos estudos sobre saúde continuam a ser realizados a partir de populações com indivíduos doentes, sendo os resultados posteriormente inferidos para os não doentes, procurou-se ultrapassar esta situação. A presente dissertação partiu de duas amostras com um total de 922 indivíduos (A1=132 e A2=790) da população normal, que não estavam identificados com situações de patologia.

A presente dissertação inclui duas partes que sempre tiveram por leme a Psicologia da Saúde. A primeira (**1ª Parte– Revisão Teórica**) é resultante do trabalho de recolha, registo e reflexão realizado sobre a investigação bibliográfica efectuada; pelo que, é orientada para aspectos teóricos e para uma síntese dos estudos realizados sobre a comunicação, o relacionamento, a saúde, satisfação com a vida, qualidade de vida, bem-estar subjectivo e recursos de bem-estar. De início, é realizada uma reflexão sobre a importância de **Comunicar saúde para construir bem-estar (Capítulo 1)**, onde é explorado o tema da comunicação humana e da capacidade de comunicar e construir saúde, ao mesmo tempo que se previne o risco, na sociedade contemporânea. Saúde – uma abordagem bio-psico-socio-cultural no limiar da realidade (**Capítulo 2**) é uma síntese dos vários contributos e perspectivas do conhecimento, que conduziram ao

entendimento da saúde, enquanto entidade autónoma, e do aparecimento e pertinência de uma Psicologia da Saúde. Segue-se uma panorâmica sobre as Fontes de bem-estar psicológico (**Capítulo 3**) e para finalizar esta parte, focámos a nossa atenção no Desenvolvimento das relações humanas em saúde para uma construção de bem-estar (**Capítulo 4**), onde se salienta a importância do desenvolvimento do *stock* de saúde, destacando-se o papel determinante dos relacionamentos e das emoções positivas, para sobrevivência e felicidade dos seres humanos.

Na segunda (**2ª Parte–Contribuição Pessoal**) são considerados três momentos, o primeiro envolve a Conceptualização da investigação empírica (**Capítulo 5**). O segundo, a apresentação de cinco estudos empíricos preliminares onde são descritos os processos de construção e/ou adaptação de instrumentos para a população portuguesa: o Estudo 1 diz respeito à construção da Escala de Fontes de Satisfação com a Vida (EFSV) (Faria, 1999) (**Capítulo 6**); e os Estudos 2, 3, 4, e 5 fazem referência às respectivas adaptações dos instrumentos de avaliação psicológica, para a população portuguesa: Estudo 2– *Life Orientation Test –R* (LOT-R) (Scheier, Carver & Bridges, 1994) (**Capítulo 7**); Estudo 3– *State Hope Scale* (SHS) (Snyder, Simpson, Ybasco, Babyak & Higgins, 1996) (**Capítulo 8**); Estudo 4– *The Instrumental and Expressive Social Support Scale* (IESSS) (Ensel & Woelfel, 1986) (**Capítulo 9**); Estudo 5– *General Health Questionnaire* (v. 12 itens)(Golberg, 1978) (GHQ) (**Capítulo 10**). O terceiro momento, O Estudo 6, A construção do *stock* de saúde (**Capítulo 11**) considera as respectivas relações entre as variáveis consideradas anteriormente, que determinam o *indicador de bem-estar subjectivo*, a *constelação de saúde* e o *stock* de saúde do indivíduo A e do indivíduo B.

Delinearam-se dois perfis de indivíduos que se espera encontrar. Estes, diferenciam-se em função do respectivo *stock* de saúde: o ***indivíduo A***

(caracteriza-se por gostar de si próprio e apresenta uma elevada internalidade relativa à atribuição de responsabilidades pelos resultados positivos, pertence a uma família com elevados recursos internos, expressa um elevado apoio social sentido e uma orientação/satisfação positiva da vida; logo, cultiva, cuida e comunica saúde); e o **indivíduo B** (caracteriza-se por não gostar de si próprio e apresenta uma elevada internalidade relativa à atribuição de responsabilidades pelos resultados negativos, pertence a uma família com baixos recursos internos, expressa um baixo apoio social sentido e apresenta uma orientação/satisfação negativa da vida; logo, não cultiva, descuida e não comunica saúde). Se tal constatação se verificar, a vigilância da saúde pode ser uma *actividade lucrativa* para o indivíduo e para a sociedade; e ao mesmo tempo, pode ser uma *actividade facilitadora* de uma melhor intervenção no combate às desigualdades de saúde e bem-estar global na sociedade; ao desenvolvimento de actividades promotoras e de manutenção de comportamentos salutareis e de modificação de condutas, que ponham em risco a saúde.

Descrito o plano de trabalho que constitui a dissertação de doutoramento, espera-se que a referida investigação possa trazer um contributo viável para o avanço da Psicologia da Saúde, em particular para Portugal, e que conduza a uma melhor compreensão dos processos dinâmicos de comunicação-saúde-bem-estar que possam ser úteis na prática psicológica de saúde e na construção de programas de promoção e educação para a saúde, ao nível individual, familiar, social, institucional, social e comunitário.

# 1ª PARTE – REVISÃO TEÓRICA

## CAPÍTULO 1

# COMUNICAR SAÚDE PARA CONSTRUIR BEM-ESTAR

### 1.1. OLÁ SAÚDE !

*Deus estava cansado, tinha criado o homem e a mulher. O milagre da existência tinha esgotado as suas reservas de glicogéneo. Faltava-lhe energia para iniciar os seus filhos nas complexas artes da comunicação. Foi então que, ao olhar preguiçosamente as primeiras provas do seu trabalho, completou o que faltava com um gesto de magnânima criatividade, abençoando-os com os dotes mágicos do ...*

**Olá ...**

(Óscar Gonçalves, 1989,11)

A partir da máxima que **é impossível não comunicar** compreendemos a importância que esta dinâmica tem na existência e sobrevivência das mulheres e dos homens de hoje e de todos os tempos, cuja existência é inconcebível sem o *OLÁ intraindividual* e o *OLÁ interindividual* salutareis.

Na vida do humanos a qualidade das interações estabelecidas com o EU e com o(s) OUTRO(S) é condição *sine qua non* para um desenvolvimento saudável. Os estudos de Bowlby (1976) e de Spitz (1957) e o caso das *crianças selvagens* de outrora de Malson (1964) e de hoje, chamam-nos à atenção para a importância que os humanos têm na vida dos mais novos

da sua espécie. Só que não podemos ficar por aqui, o papel de uma *boa mãe* é tão vital nos primeiros meses de vida como no seu entardecer.

Se queremos homens e mulheres saudáveis então é porque, estamos convictos de que nada poderá ser eternamente estático nas suas relações, porque tudo deverá estar em pleno devir. A actualização permanente do EU e do OUTRO são tarefas distintas mas completamente implicadas.

Nos últimos tempos tem-se desenvolvido um conceito associado à saúde que faz apelo à responsabilidade e à iniciativa pessoais. *Wellness* é um avanço significativo em relação ao proposto pela OMS (1948), já que promove a saúde como um processo dinâmico, como um desenvolvimento contínuo, de modo a atingir o máximo potencial.

Considerando que a construção de bem-estar é uma tarefa que deve ser levada a cabo por cada indivíduo em particular e por profissionais especializados, **comunicar saúde** deverá ser alvo de uma maior atenção. Estamos a falar de política de saúde, saúde mental, educação para a saúde e intervenção dos media na promoção de saúde e no processo de mudança.

Construir bem-estar só é possível através de uma comunicação intra e inter individual funcionais. Daí que tenha todo o sentido falar de comunicação em saúde e para a saúde numa perspectiva individual, comunitária e social.

No presente capítulo, defende-se a importância da comunicação enquanto desenvolvimento/aprendizagem de interações funcionais, assentes em informações e práticas para a prevenção e promoção de saúde, visando a construção de bem-estar. Andamos à procura das principais vertentes dinamizadoras de um percurso existencial salutar pois, estamos de acordo com

Seligman quando se refere aos psicólogos e diz que estes no sentido de *to undo the worst things in life..., forgot the mission of building the best things in life* (Seligman,1998, 2). Compreenda-se que, não há nada mais prioritário do que a construção de bem-estar.

## **1.2. A COMUNICAÇÃO HUMANA**

Ultrapassando o paradigma psicológico do comportamentalismo e das unidades do estímulo, da resposta e do reforço, o estudo científico do processo comunicativo pode ser compreendido através do modelo de Lasswell proposto em 1948, onde se procura descrever um acto de comunicar a partir da resposta às questões: *Quem?, Diz o quê?, Através de que canal? e Com que efeito?* A partir daqui foi possível organizar vários sectores que se dedicam em especial ao estudo dos emissores, análise do controlo do que é difundido, análise do conteúdo das mensagens e análise dos meios (Wolf,1991).

A comunicação surge numa primeira definição como uma *representação* (mensagem que um sujeito envia a um sujeito receptor através de um canal), e numa segunda definição apresenta-se como uma *expressão* (inserção de um sujeito complexo num envolvimento complexo através de uma causalidade circular); duas facetas que se opõem em termos conceptuais e que ao mesmo tempo se harmonizam.

O *comportamento de vinculação* descrito por Bowlby e os estudos realizados por Spitz, na década de cinquenta, mostram a importância vital que as interacções têm no desenvolvimento dos seres humanos. Durante o primeiro ano de vida, a criança apresenta determinadas respostas instintivas (chupar,



agarrar, seguir, chorar e sorrir), que se desenvolvem a velocidades diferentes e têm como função a ligação dinâmica recíproca criança  $\Leftrightarrow$  mãe. O autor salienta como ponto principal da sua tese que cada uma das respostas instintivas sustentarem a ligação infantil à mãe e a presença de cada uma é devida ao seu valor de sobrevivência – *A tese é a seguinte: a não ser que haja poderosas respostas inatas que assegurem que a criança desperta a atenção maternal e permanece numa proximidade íntima da mãe, durante os anos de infância, a criança morrerá.* ( Bowlby, 1976,146). Por outro lado, se houver conflito ou desentendimento este reflecte-se no desenvolvimento da criança.

Ao estudar a instituição do *potlach* nas tribos trobriandesas, Marcel Mauss mostrou que a criação e o restabelecimento dos laços sociais depende de um processo de troca simbólica generalizada, constituído **pela obrigação de dar, receber e de retribuir**, isto é, descobria nos processos de troca e circulação um dos princípios fundamentais do vínculo social. Conforme Rodrigues (1994) a troca simbólica não é um processo parcelar mas um fenómeno total e totalizante, isto é, situa-se aquém e além da clivagem que institui o lugar do próprio sujeito. O sujeito enquanto *instância legítima autónoma do discurso e da acção* (1994, 17) sujeita-se inevitavelmente á troca de manifestações, mesmo quando se recusa ao imperativo de dar, receber e retribuir.

Aceita-se que todo o comportamento numa situação interacional tem valor de mensagem, ou seja, é comunicação; logo, *Actividade ou inactividade, palavras ou silêncio, tudo possui um valor de mensagem; influenciam outros e estes outros, por sua vez, não podem não responder a essas comunicações e, portanto, também estão comunicando. Deve ficar*

*claramente entendido que a mera ausência de falar ou de observar não constitui exceção ao que acabamos de dizer.*(Watzlawick, Beavin e Jackson, 1992, 45).

*A impossibilidade de não comunicar* (axioma metacomunicacional da pragmática da comunicação humana) faz parte da vida dos seres humanos, já que, um indivíduo não pode *não* se comportar, até mesmo quando sózinho , tem a possibilidade de dialogar consigo próprio e em fantasia, com as suas alucinações ou com a vida.

Segundo os autores, a comunicação pode surgir independentemente de ser intencional, consciente, compreendida ou bem sucedida pelo que, nos remete para o domínio da incompreensão e do desenvolvimento de patologias afins, marginais das motivações ou intenções dos comunicantes, como é o caso dos esquizofrênicos, que tentam *não* comunicar. Para melhor analisar a problemática da comunicação humana devemos pois ter em consideração três vertentes: a **mensagem** (unidade comunicacional isolada), a **interacção** (série de mensagens trocadas entre pessoas) e os **padrões de interacção** (unidade de comunicação de nível superior).

Uma das questões que dominou as intervenções de Breton nos finais dos anos oitenta, nas suas discussões com o grande público foi a seguinte: *Porque é que a comunicação tem hoje tanto sucesso ?* Ao tentar encontrar resposta para a pergunta viu-se conduzido para um período imediato do pós-guerra. O autor descobriu que o tema da “sociedade de comunicação” nasceu como uma oposição e reacção à barbárie moderna e à profunda crise que esta tinha *desencadeado Ninguém ou quase ninguém, é preciso realmente*

*dizê-lo, tinha estabelecido essas conexões entre a crise profunda do século XX, de que as duas guerras mundiais são expressão mais visível, e o aparecimento e posterior sucesso da utopia da comunicação, que é agora constitutiva da nossa sociedade.* (Breton, 1994, 8). A figura que encontrou foi a de um matemático americano Norbert Wiener (1942), o “pai fundador” da cibernética (*ciência do controlo e das comunicações*), defensor de um “homem novo” que devia viver na sociedade de comunicação e de uma utopia da comunicação, enquanto novo “valor” de alcance universal.

O real pode interpretar-se em termos de informação e de comunicação. Wiener (1954) dizia no seu livro *Cibernétique et Société*, que *estar vivo é participar numa corrente contínua de influências que chegam do mundo exterior e dos actos que actuam sobre ele e no qual não representamos mais do que um estágio intermédio. Ter plenamente consciência dos acontecimentos no mundo é participar no desenvolvimento constante do conhecimento e na sua livre escolha.* (cit. Breton, 1994, 49). Neste sentido, o ser humano está implicado numa corrente contínua de trocas e de relações com o mundo exterior, pelo que nunca deixa de comunicar.

Segundo o autor, o Homem é definido em termos de troca de informação e representa **um elemento intermédio** do vasto processo de comunicações cruzadas que caracteriza uma sociedade, pelo que **não tem qualquer interioridade**. O *Homo Communicans* de Wiener é um ser sem interioridade, pois, o seu interior está por inteiro no exterior e daí é dirigido, *Ele retira a sua energia e a sua substância vital, não de qualidades intrínsecas que viriam do fundo de si mesmo, mas da sua capacidade como indivíduo*

*“informado”, conectado com “vastos sistemas de comunicação”, para reunir, tratar e analisar a informação de que necessita para viver. (Breton, 1994,51).*

O ser comunicante é racional e transparente, volta-se para o exterior e coloca a sua bússola nos modelos de comunicação e de comportamento aí existentes. Estamos diante da Sociedade de Comunicação, onde graças á comunicação o Homem é transparente para a sociedade e a sociedade é transparente para o Homem; por isso, os *media* defendem a ideia de que jamais, nada de qualquer lugar ou tempo, deverá ser mantido em segredo.

Em todo o caso, devemos interrogar-nos sobre a garantia desta “transparência social” e indagar quais os seus efeitos concretos: *Contaram-me um dia a história de dois amigos que se encontram e um deles pergunta: “Como vais ?” ao que o outro responde: “Oh, tu estás bem, e eu?” Eis um belo exemplo dos efeitos perversos que a nossa utopia gera na nossa sociedade: um homem sem interior, reduzido à sua própria imagem. (Breton, 1994, 10).*

Uma outra perspectiva apresenta Lucien Sfez (1994) no seu livro *Crítica da Comunicação*, o autor não vê que esta atmosfera comunicacional possibilite ao Homem uma conquista da sua liberdade, assim, considera que no desenvolvimento da comunicação existe uma confusão que se instala entre o facto real e a sua representação (nomeadamente a mediática) e o desenvolvimento de uma patologia social específica (o “tautismo” – mistura de tautologia e de autismo) que coloca o homem num labirinto sem saída de representações, animadas de um movimento circular. O autor interroga-se sobre *Qual é a eficácia real da comunicação na vida social ?*

A comunicação pode ser delineada em quatro dimensões, que serão apresentadas de seguida:

- ❖ **prática** (substituição das recordações colectivas diacrónicas por cadeias de ligação horizontais sincrónicas);
- ❖ **ideológica** (substituição das ideologias mortíferas da Segunda Guerra Mundial);
- ❖ **episteme** (esclarecimento de hipóteses avançadas na física ou na biologia, na inteligência artificial, na ciência cognitiva ou na ciência das organizações, na economia, na ciência política ou psicoterapia);
- ❖ **simbólica** (a comunicação pode ser apenas “aproximada”, os seus contornos são os limites designados dentro do “tautismo”, como grelha que pode servir para decifrar fenómenos, já que, uma opacidade permanece – o observador encontra-se no contexto observado).

Por conseguinte, a comunicação *está instalada num continuum que vai do núcleo epistémico à forma simbólica. Trata-se de dois pólos opostos: um, o núcleo epistémico descritível e legível por definição (a que nós podemos, pois, escapar por uma “Crítica”); o outro, a forma simbólica, que envolve até esse ponto os nossos pensamentos e os nossos actos, mas que em teoria não podemos descrever. Teríamos então a capacidade de esboçar apenas certas aproximações ou uma aparência escondida. (Sfez, 1994, 8); pelo que, é eficaz ao mesmo tempo que pode ser alvo de crítica.*

Uma outra questão pode ser colocada *Vivemos hoje numa sociedade de comunicação?* Mais uma vez a resposta só pode ser dada em função da

definição de comunicação. Por um lado podemos dizer que desde sempre os seres humanos trocaram sinais verbais ou não verbais entre si, sobre os seus comportamentos e os vários ambiente que os rodeiam, logo sempre vieram numa sociedade de comunicação. No entanto, a forma de comunicar tem-se complexificado devido ao desenvolvimento das técnicas e dos materiais de comunicação. Já não é só uma informação que é transmitida ou recebida, mas um valor, uma técnica, uma política, um conhecimento ou uma ideologia; por isso, é difícil definir comunicação. Mas, como nenhuma sociedade pode passar sem futuro e este parece ser o de uma sociedade hipertecnológica, onde os humanos se encontram num continuum de actualizações pluridisciplinares, hiperespaciais e minuciosamente temporais, é preciso situar a comunicação humana, contextualizá-la e orientá-la no sentido da saúde para o bem-estar dos humanos, da comunidade, da sociedade, do planeta, da galáxia, do universo.

### **1.3. COMUNICAR SAÚDE**

A sociedade, a comunidade, a escola, a família, são espaços e tempos de experiência cultural, de interacção social, de informação, de mudança, de expressão, de memória individual e colectiva, de desenvolvimento/aprendizagem e criatividade promotora de vínculos sociais. Conforme afirma Berscheid : *We are born into relationships, we live our lives in relationships with others, and when we die, the effects of our relationships survive in the lives of living, reverberating throughout the tissue of their relationships.*(Berscheid, 1999, 261-262); por conseguinte, a compreensão do

comportamento humano só é possível a partir do conhecimento do potencial da relação, condição *sine qua non* da existência de uma pessoa.

Perspectivar a comunicação como determinante na construção de novos valores dignificadores da vida humana e dar-lhe especial atenção na escola, constitui uma tarefa de todos os agentes educativos conscientes; que por sua vez, são igualmente passíveis de educação (Faria, 1995). Esta *reversibilidade educativa* surge a partir das conexões estabelecidas oriundas da esfera da informação e do domínio da comunicação, salientando-se neste último o desenvolvimento dos relacionamentos (Rodrigues, 1994; Fogel, 1993).

A partir de uma reflexão sobre o desenvolvimento das interações humanas (Quadro 1), compreendemos a importância do sentido da comunicação; por isso, dever-se-á considerar: a história de vida dos interlocutores; a história que está situada no tempo e no espaço da língua comum vivida; os objectos a que dão valor porque dão prazer ou fazem sofrer; os objectos que agradam ou desagradam; os conceitos e preconceitos vivenciados e sentidos; o projecto de vida dos interlocutores.

A comunicação e nomeadamente uma relação, processa-se em função de escolhas que em cada momento fazemos entre os conhecimentos, os sentimentos, os factos e os dados possíveis, tendo em conta a nossa experiência, os nossos projectos e a nossa história singular e por isso muito pessoal e única (Faria, 1995); isto é, partimos ou chegamos sempre ao mundo intersubjectivo das relações sociais (*mundialização da informação mediática*) ou ao mundo das relações intrasubjectivas (*singularidade dos processos comunicacionais*).

**QUADRO 1 –DESENVOLVIMENTO DA COMUNICAÇÃO HUMANA**

<p><b>ESFERA DA INFORMAÇÃO</b></p>	<p><b>DEFINIÇÃO:</b></p> <p><i>Realidade relativa que compreende o conjunto dos acontecimentos que ocorrem no mundo e formam o nosso meio ambiente</i></p>	<p><b>PROCURA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Acelerar o processo informativo.</li> <li>❖ Ultrapassar as barreiras espaciais à circulação da informação.</li> <li>❖ Neutralizar a subjectividade dos actores sociais.</li> <li>❖ Homogeneizar as mensagens.</li> <li>❖ Converter a informação num fluxo contínuo e planetário.</li> </ul>	<p><b>CONTRIBUTO:</b></p> <p><b>Alargamento da nossa experiência do mundo.</b></p>
<p><b>DOMÍNIO DA COMUNICAÇÃO</b></p>	<p><b>DEFINIÇÃO:</b></p> <p><i>Processo que ocorre entre pessoas dotadas de razão e liberdade, entre si relacionadas pelo facto de fazerem parte do mesmo mundo cultural.</i></p>	<p><b>DESENVOLVIMENTO DOS RELACIONAMENTOS</b></p> <p><i>Devir de uma comunicação intersubjectiva enraizada na experiência particular e singular dos interlocutores, fazendo tanto apelo à experiência individual com à colectiva que entendem pôr em comum.</i></p> <p><b>Realce para:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sentido</i></li> <li>• <i>Definição a partir da experiência pessoal</i></li> </ul>	<p><i>Na formação das relações dever-se-á considerar:</i></p> <p>Processo de auto-organização através da relação.</p> <p>Modelo dinâmico consensual formado na relação.</p> <p>A formação das diferenças na relação.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><b>TRÊS PERSPECTIVAS:</b></p> <p>⇒RELACIONAL</p> <p>⇒DESENVOLVIMENTO</p> <p>⇒CULTURAL</p>

A formação das relações pode ser compreendida a partir de três perspectivas: relacional, desenvolvimento e cultural; por conseguinte, chama-se a atenção para os processos relacionais onde a cognição e percepção reflectem os caminhos traçados na experiência do mundo em que se vive, tendo em consideração a mudança e o processo de co-regulação (enquanto acção de controlo e ajustamento de mudança de desenvolvimento sistemático que ocorre em cada comunicação) e sem perder de vista o Eu e a cultura, que se constituem e entrelaçam num contínuo de experiências e expressões pessoais e sociais, onde o diálogo interno e externo são figuras que se



destacam num fundo de uma biografia ou de um história universal (Fogel, 1993).

A Promoção de Saúde definida na Carta de Ottawa (1986) como um processo que visa por um lado, criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e ao mesmo tempo, agir sobre os factores que a influenciam.

Criar condições quer ao nível governamental; dos serviços e profissional, ou desencadear processos participativos de cada indivíduo ou de cada grupo, para actuarem como sujeitos do seu próprio desenvolvimento de saúde, só é possível através do conhecimento e da *praxis* da comunicação humana; isto é , promover saúde é comunicar saúde.

Não basta prevenir, informar, tratar, é preciso criar e desenvolver saúde. O exercício pleno da Promoção da Saúde, em contextos de saúde ou em contextos educativos (Processo Educativo) exige o recurso de competências comunicacionais.

Os profissionais de saúde e os educadores de saúde têm de conhecer o terreno da sua intervenção e devem ser claros, precisos e convincentes quando promovem actividades de promoção de saúde de um indivíduo ou grupo alvo, devidamente contextualizados nas suas interacções espaço/temporais. Por outro lado, as interacções estabelecidas entre todos os participantes, qualquer que seja a actividade, devem privilegiar *uma relação de confiança mútua sobretudo em torno da aceitação das características de cada um e da certeza de que todos podem e são capazes de progredir. A comunicação tem de ser fácil, fluente nos dois sentidos, mas de direcção horizontal.(...) o enriquecimento de todos pela contribuição de todos, tanto na*

*apropriação do saber, como no crescimento do ser e do estar.* (Navarro, 1995, 6). Saliente-se que, a dinâmica deve ser de cooperação e entre-ajuda e todas as actividades devem proporcionar a livre expressão das experiências dos participantes num clima de harmonia, prazer, de satisfação pessoal e respeito pelo projecto existencial de cada indivíduo.

A opção de comportamentos salutareos não é só uma escolha pessoal, mas também da família, da escola, da comunidade, da sociedade, do planeta em que cada qual se circunscreve. Se um pai deixa de fumar de livre vontade por causa do filho que é asmático, a mudança do seu comportamento afecta no sentido positivo a sua saúde, a do seu filho e a de todos quantos o rodeiam. Se uma escola valoriza no seu projecto do ano lectivo actividades facilitadoras de aprendizagem/desenvolvimento salutareos apelando à participação de toda a comunidade escolar está a construir saúde, um presente no futuro. Se uma comunidade tem orgulho em manter a sua cidade limpa ou se a política de um governo favorece o emprego e cria leis que defendem a saúde em geral dos cidadãos, ou se o Parlamento Europeu defende uma política de Promoção de Saúde e de Educação Para a Saúde dos países membros, todos ficaram a ganhar em bem-estar. Por conseguinte, para podemos construir “tradições de saúde” que sejam legadas e actualizadas de geração em geração, temos de recorrer à comunicação, que quanto mais contextualizada, clara e útil ela for, mais eficaz se torna.

O processo participativo de Promoção/Educação/Animação para o desenvolvimento e bem-estar abrange qualquer indivíduo ou grupo, qualquer que seja a idade, sexo, habilitação, credo e cultura. Por conseguinte, Comunicar Saúde acompanha o desenvolvimento do indivíduo e da sociedade,

obriga a uma constante actualização de saberes, técnicas e práticas de saúde e de comunicação; é um processo em contínuo devir.

## **1.4. COMUNICAÇÃO E RISCO**

As mulheres e homens que se encontram à porta do terceiro milénio são confrontados com uma variabilidade de novidades ou de surpresas (agradáveis ou não) e uma panaceia de acontecimentos nunca antes vista. A todo o momento, lhes é pedido que saibam resolver novos problemas oriundos de múltiplas áreas do conhecimento com a máxima urgência e competência; que assimilem uma informação recente (tantas vezes enviesada ou mal compreendida) e tomem decisões com rapidez sob pena de serem afectados num ou vários domínios da sua vida (carreira profissional, situação económica, família, vida íntima, educação, formação, saúde, lazer, férias, habitação, grupo social ou de amigos).

A velocidade da vida quotidiana não permite arranjar disponibilidade para o encontro de tempos e espaços de reflexão crítica intra e interindividual, debate e formação de uma opinião crítica assumida, conducente a uma opção pessoal ou de grupo esclarecida. O esquecimento inconsciente, o ignorar com consciência ou o adiar como forma de ganhar tempo, surgem como defesas para proteger um Eu acelerado ou tantas vezes incompreendido, por falta de tempo para o discernimento. Nenhuma destas direcções conduz à resolução mas ao amontoar de problemas à espera de uma solução, impasse doloroso tanto para o indivíduo como para aqueles que aguardam o veredicto. Por conseguinte, não é de admirar que se sintam tensos, que gerem conflitos em

vez de os gerir, que o clima de insegurança e imprevisibilidade se contagie, o cansaço se comunique, o respeito intra e interindividual desapareçam e o stress se instale. Em simultâneo, quando desfolhamos os jornais, ouvimos os noticiários no rádio no carro ou na televisão á hora da refeição, somos informados e alertados para os perigos que corremos, por isso, como dizia Mary Douglas, *temos medo de pouca coisa: apenas da água que bebemos, do ar que respiramos e da comida que comemos* (cit. Lima, 1998, 9).

Em todas as épocas, viver foi sempre um risco, mas hoje é um super-risco (sismos, incineradoras, SIDA, hepatite B, consumo de drogas, rebentamento de barragens, violência, nicotina, despedimento, energia nuclear, exposição a radiações solares ou outras, acidentes de transito, poluição, alimentação, guerra química, guerra de audiências, mass media). A principal ameaça já não é a da natureza, de um grupo radical, ou da mass media, o próprio humano constitui um perigo para si próprio; ao desconhecer ou ignorar os seus limites, não controla a ambição ou a insatisfação consumista e sente prazer em desafiar o infinito, arriscando a sua própria vida e pondo em risco a vida dos outros ou o ambiente.

De acordo com Ulrich Beck (Beck, 1989, 1992, cit. Hart 1999) a sociedade contemporânea encontra-se num período de transição, numa segunda modernidade, onde a lógica da produção industrial e distribuição de bem-estar se transformou numa *lógica social do risco*, dando origem a uma sociedade do risco onde observamos a distribuição de perigos e a superprodução de danos.

Todos os dias corre-se risco sem se saber e desafia-se o risco pelo prazer da adrenalina, esta vivência ambígua é transmitida ou comunicada aos

humanos mais jovens através de comportamentos, ideias, imagens, informação, representações simbólicas, linguagem, conhecimentos, técnicas, objectos, daí que possamos falar de uma cultura do risco. De criança se passa a adolescente, para de jovem a adulto, e rapidamente, a longo, correndo-se o perigo de não se ter saboreado cada etapa do próprio desenvolvimento e deste se ter afastado de uma vida saudável. Num olhar retrospectivo, pode então surgir um sentimento de que se gostava de ter vivido de um modo mais tranquilo, coerente e mais humanista.

A partir desta reflexão sobre o mundo que nos rodeia e do qual fazemos parte, sentimos que muito há por fazer para transformar a cultura do risco em cultura do bem-estar. Esta modificação cultural só pode ser levada a efeito através de uma implementação responsável de uma comunicação salutar intra e interindividual.

A atmosfera da proximidade do novo milénio trouxe um maior interesse na compreensão do risco transpondo o debate para uma perspectiva interdisciplinar possibilitando o estudo da interacção saúde–risco-sociedade. Com esta aproximação dos três domínios pretende-se implementar a ligação entre a avaliação objectiva e subjectiva do risco através do desenvolvimento da comunicação do risco.

O significado do risco, a comunicação do risco e saúde, a prática do risco, são hoje, temas em debate aberto e multidisciplinar. O sentimento de saúde é guiado em parte pela saúde pública; a pesquisa epidemiológica, que mede ou estima os comportamentos de risco e exposições ambientais, está ligada a acontecimentos insanos particulares (fumar e cancro; energia nuclear e leucemia); os cientistas sociais focam-se nos comportamentos de risco,

grupos de risco e ambientes de risco quer ao nível macro-social (estrutural) ou ao nível micro-social (interaccional), observando o poder das relações, o papel da intimidade e da identidade; os psicólogos da saúde investigam a tendência individual à exposição ao risco, através das referências às crenças de saúde, dos processos cognitivos e apoiando-se numa teoria do desenvolvimento (Hart, 1999).

De acordo com Hart e Carter (1998, *cit.* Hart, 1999) o prazer como conceito ou experiência na relação com o risco está ainda ausente da discussão pública da saúde e dos riscos; por exemplo, as pessoas que tomam drogas ilícitas, bebem álcool, têm ou pagam sexo casual, e conduzem a alta velocidade, fazem-no porque tais experiências são geradoras de prazer. De facto, tal como o rock “pesado” e os desportos de alto risco ou de alta competição, que igualmente proporcionam experiências agradáveis, tais sensações só são geradas porque existe um perigo eminente. A procura da gratificação nestas formas particulares de perigo e a exposição voluntária ao risco, informam e levam-nos a compreender o contexto e o lugar onde tais actividades ocorrem, pelo que segundo os autores é preciso investigar o nexo de prazer–risco–saúde.

Conforme Calman, Bennett e Coles (1999) é preciso valorizar o contexto social em que os riscos são criados, controlados, regulados, debatidos, aceites, impostos ou rejeitados. Os autores interrogam-se sobre de quem é a responsabilidade do controlo dos riscos pessoais para a saúde; ou de como deve ser colocado na balança o papel a ser desempenhado pelos cidadãos e o papel do governo, no que diz respeito a tomar conta do estilo de vida de risco,

seja uma dieta empobrecida ou hábitos tabágicos; ou ainda, porque será que algumas drogas são ilegais e outras não.

Não podemos esquecer que nos encontramos sempre num contínuo de comunicação, pelo que temos de dar atenção à importância da observação da dinâmica do risco (simples observação da exposição à doença ou perigo e dimensão social) realizada por uma pessoa ou grupo, bem como, do perigo da massificação da comunicação do risco, que pode causar uma percepção distorcida da realidade. Contudo, temos consciência do problema: *Although a good many issues in the risk management and communication are common to both the clinical and public health spheres, the need to communicate with people in mass poses additional problems (Calman, 1996). Communication is no longer primarily person-to-person, but usually conducted via the mass media – an observation not intended to blame media for difficulties. (...) All involve complex issues involving individual and public choice, values, perceptions and information.* (Calman, Bennett & Coles, 1999, 110, 115). Compreendemos, que embora seja fundamental não é viável relacionar as necessidades, os valores e percepções individuais de modo que cheguem perceptíveis a cada pessoa; e por outro lado, algumas considerações sobre o risco da saúde pública são melhores sucedidas do que outras e muitas mensagens sobre o risco estão condenadas a serem ignoradas ou malentendidas.

No sentido de ultrapassar estas dificuldades, tem existido uma preocupação em elaborar programas para melhorar a investigação da *percepção do risco* e da *comunicação do risco*, onde todas as áreas científicas deverão participar. De um modo geral, os indivíduos são aconselhados a

adotar estilos de vida engrandecedores de saúde onde a exposição ao risco é nula ou minimizada (prescrição da redução do risco).

A partir de três vertentes do risco: identificação, análise e orientação, podem ser perspectivados dois sentidos para levar a efeito um programa. Em primeiro lugar, a prática deve ter em consideração a investigação existente sobre o risco e sua comunicação, já que, a pesquisa psicométrica mostra como as pessoas têm medo e porquê; permite conhecer como cada um lida com o risco; bem como, o contributo da Teoria da Amplificação Social do Risco (Kasperson *et al.*, 1988; Krinsky & Golding, 1992) e da Teoria Cultural (Adams, 1995). Por último, o pré-requisito de uma boa prática passa também por prestar atenção ao processo de comunicação de risco: num primeiro momento, ao processo interno da política de desenvolvimento e implementação; e num segundo momento, ao processo externo de orientar as relações no sentido do investimento nos indivíduos (através de um guia geral do risco da comunicação, do desenvolvimento de *workshops*, realização de seminários e apoio específico para as decisões a serem tomadas).

Os riscos são frequentemente mais preocupantes e menos aceitáveis quando os percebemos ou percebemos, daí que seja necessário uma melhor compreensão do risco e a elaboração de programas, para melhor saber lidar com ele e possibilitar comunicações funcionais sobre o perigo ou as ameaças a que os humanos estão sujeitos neste final de século (Quadro 2).



## QUADRO 2– COMPREENSÃO DO RISCO PARA MELHOR O COMUNICAR

<b>QUESTÕES</b> (Blaxter, 1999, Dowie, 1999)	<p>Como compreender o que é percebido como um risco?</p> <p>O que é que se arrisca?</p> <p>Quem é que está ameaçado?</p> <p>Que disciplinas explicam a ideia de risco ou determinada ameaça?</p> <p>Qual o lugar da saúde nas áreas da vida ou comportamento humano que é definido como risco?</p> <p>Como se comunica um risco?</p> <p>Como convencer um jovem ou um longo vivo a mudar o seu julgamento relativo a um comportamento de risco?</p>
<b>FACTORES DE PERIGO</b> (Calman, <i>et al.</i> , 1999)	<p>Exposição involuntária.</p> <p>Distribuição desigual.</p> <p>Impossibilidade de escapar mesmo tomando precauções pessoais.</p> <p>Oriundo dum desconhecido ou de uma nova força.</p> <p>Resultante mais da intervenção humana do que das forças da natureza.</p> <p>Causador de danos ocultos e irreversíveis.</p> <p>Ameaça as crianças, as grávidas e gerações futuras.</p> <p>Causador de uma morte terrível pelo que origina um pavor particular.</p> <p>Dano identificável não tomando as vítimas anónimas.</p> <p>Desconhecido ou pouco investigado pela ciência.</p> <p>Assunto com testemunhos contraditórios.</p>
<b>TEMAS</b> (Blaxter, 1999)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SOCIEDADE E RISCO (normas culturais e valores ao nível social, económico; considerações legais e políticas da orientação do risco).</li> <li>2. RISCO PESSOAL (tomada de decisão num ambiente de incerteza; risco de ficar doente e comportamento de risco; aspectos psicológicos da opção de risco, tais como adição ou <i>arousal</i>).</li> <li>3. RISCO AMBIENTAL E TECNOLÓGICO (a sua percepção, acesso e redução dos níveis individuais e institucionais).</li> </ol>
<b>CATEGORIAS</b> (Blaxter, 1999)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tomada de decisão.</li> <li>2. Valores e julgamentos das agências governamentais.</li> <li>3. Risco na organização.</li> </ol>
<b>ORGANIZAÇÃO</b> (Blaxter, 1999)	<p><u>Para o bem-estar na sociedade</u> (tomada de decisão política, política social, organização do meio, organização da segurança pública).</p> <p><u>Para a saúde dos indivíduos</u> (hábitos comportamentais: fumar, comportamento sexual, drogas ilegais, exposição ao sol, geral; <i>risco de medicamentos</i>: prescrição de drogas; tratamento médico e dentário; gravidez, aborto; <i>acidentes/violência</i>: condução, desporto, trabalho, crime violento, ser criança, ser longo vivo; <i>ambiente</i>: comida; agentes específicos; outros riscos individuais para a saúde).</p> <p><u>Para as mudanças na vida individual</u> (mudança no curso da vida).</p> <p><u>Para o financiamento do bem-estar</u> (risco individual ou corporativo).</p> <p><u>Para o funcionamento das organizações</u> (organização da tomada de decisão; mudança tecnológica).</p> <p><u>Para o trabalho profissional/Serviços Públicos</u> (funcionamento de serviços de bem-estar; funcionamento dos serviços de justiça).</p> <p><u>Para a compreensão do risco no abstracto</u> (mudança, tomada de decisão, incerteza; estudo da construção do conceito de risco).</p>
<b>EDUCAÇÃO DA DECISÃO</b> (Dowie, 1999)	<p>Comunicar sobre melhores decisões e não sobre o risco, através da implementação de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• modelagem da decisão;</li> <li>• probabilidades dos julgamentos; expectativa de vida;</li> <li>• procedimento de integração.</li> </ul>
<b>FACTORES NA PERCEÇÃO DO RISCO</b> (Doise, 1982, <i>cit.</i> LIMA, 1998)	<p>Intraindividuais (necessidade individual de gestão de ameaça, estratégias de auto-protecção e de auto-valorização e crenças pessoais).</p> <p>Interpessoais (papel importante nas estimativas de risco).</p> <p>Grupais (enquadramento e identidade social; crenças que dão significado ou resistem à mudança).</p> <p>Ideológicos (identidades sociais, valores sociais e visões da ciência diferentes)</p> <p>Articulação dos diferentes níveis de análise (interacção).</p>
<b>TEORIAS</b> (Tansey & O'Riordan, 1999)	<p>Teoria da Amplificação do Risco (Kasperson <i>et al.</i>, 1988)</p> <p>Teoria Cultural do Risco (Adams, 1995)</p>

De acordo com Dowie (1999), a palavra risco é impeditiva para tomar melhores decisões, por isso, o autor prefere substituir o risco pelos elementos: probabilidade, consequências e valores. Desta forma, os cidadãos, profissionais de saúde, educadores, políticos ou cientistas poderão compreender os problemas situacionais, avaliar, escolher as diversas opções, estratégias e políticas promotoras da saúde humana; ao mesmo tempo que contribuem com seriedade para elevar a qualidade de decisões.

A ambiguidade do fenómeno do risco possibilita múltiplas interpretações: *Cultural theory suggests that the real problem is not the substantive issue but the wider moral questions regarding the appropriateness of applications of technology and the processes by which decision are made. The danger comes so much from the presence of physical hazards but from transgression of norms that inhere to particular social groups. The interaction and conflict between different constructions of risk issues ought to be seen as valuable part of social discourse.*(Tansey & O’Riordan, 1999, 88). Neste sentido, a teoria cultural coloca a sua focagem no modo como se constroem as decisões, permitindo compreender como é que as escolhas irracionais surgem a partir do contexto social. Por conseguinte, as atitudes e os julgamentos sobre o perigo, a poluição e a ameaça realizados pelos indivíduos ou as preocupações com a segurança, só podem ser entendidos a partir do conhecimento do ambiente social em se movimentam os cidadãos.

A teoria cultural é importante não só para ajudar a compreender a construção social do risco, através do processo da identificação do valor e construção da segurança, mas também, porque dá a conhecer como é que os

grupos seleccionam, formam e constroem os riscos (representação colectiva do risco), no mundo da surpresa, das incertezas e do imprevisível.

Uma aproximação técnica dos riscos (R) envolve a sua caracterização em termos de magnitude (M) e de probabilidade de exposição (P), tal que  $R=PM$ . Este é o tipo de escolha racional, guiado pelo princípio da utilidade, tão central no racionalismo económico e político dos nossos dias. Se realmente queremos proteger a Humanidade de qualquer dano, é de toda a conveniência que se tenha em consideração uma análise individual e social do perigo, da tomada de decisão, da percepção de risco e do conhecimento sobre a melhor forma de comunicar o risco: *Isto é, quando se pretende intervir no sentido do aumento dos comportamentos saudáveis na população, quer estes se situem ao nível da alimentação, das práticas sexuais, dos hábitos de lazer ou da segurança no trabalho, a comunicação sobre os riscos a que as pessoas estão sujeitas tem de ser formulada como faz sentido para os leigos pensarem sobre os riscos, ou então corremos o risco de não fazer passar a mensagem.*(Lima, 1998 a, 9).

As mudanças de comportamentos surgem a partir das estimativas do risco ou da percepção de risco, isto é, do modo como os leigos ou o público pensam sobre o risco, incluindo um conjunto de crenças e valores que dão significado a um acontecimento ameaçador (Pidgeon *et al.*, 1992, *cit.* Lima, 1998 b) e são estudados pelas ciências sociais. O risco objectivo e a avaliação do risco referem-se às características dos acontecimentos e são estudadas pelas ciências naturais. O problema surge quando os resultados da avaliação dos riscos são diferentes dos da percepção do risco. Vários estudos foram realizados no âmbito da tomada de decisão, com o objectivo de analisar a

forma como os humanos pensam nos riscos que correm; as investigações permitiram concluir que (Lima, 1998 b):

- a) É possível quantificar e prever a forma como os cidadãos pensam sobre o risco.
- b) A psicologia da saúde permite o estudo dos comportamentos de risco, bem como um melhor conhecimento da relação entre percepção de riscos e comportamentos de prevenção.
- c) Ao centrar a nossa atenção num risco específico encontramos uma enorme variabilidade no modo como é percebido.
- d) A produção de percepções de risco ou as estimativas de risco produzidas por especialistas e leigos são construções sociais.
- e) A identificação dos riscos é uma forma de preservação das sociedades e dos grupos.
- f) Cada sociedade ou tipo de organização social, no sentido de garantir a sua continuidade e preservar os seus valores, tenderá a seleccionar riscos diferentes como os mais ameaçadores; organizações de tipo burocrático temem por em risco a ordem social (ex. crime, terrorismo), enquanto uma recionalidade igualitária receia que se ponha em risco a população em geral (ex. poluição, diminuição da camada de ozono).
- g) A percepção de riscos tem mais a ver com o medo do que com uma estimativa correcta de probabilidades, pelo que uma gestão da ameaça poderá levar a estratégias de minimização do risco.
- h) Maximizar ou minimizar os perigos ou o sentimento de ameaça tem a ver com os vários factores de percepção de riscos apresentados por Doise em 1992.

A pluralidade das perspectivas apresentas anteriormente sobre o fenómeno do risco mostram-nos a enorme importância que desempenha na vida das pessoas; e o interesse sempre renovado dos cientistas das várias disciplinas são a prova de como a percepção do risco, a comunicação do risco e a implementação de estratégias de saber lidar com o perigo são vitais para os humanos.

Na realidade, como afirma Giddens o debate da *segurança versus perigo* e da *confiança versus risco* é um fenómeno com duas faces, por um lado, as instituições sociais modernas desenvolveram-se criando oportunidades únicas para os humanos usufruírem, mais do que nunca, de uma existência segura e compensadora. Num outro momento, o século XX é considerado o século da guerra, sendo o número de vítimas mais elevado do que em qualquer um dos séculos anteriores, contudo, já que *Vivemos hoje num mundo assustador e perigoso. Porém, o reconhecimento deste facto não deverá simplesmente entorpecer-nos ou obrigar-nos a moderar o pressuposto de que a emergência da modernidade conduziria à formação de uma ordem social mais feliz e mais segura.*(Giddens, 1992, 8.

De um modo geral, tendo como referência a cultura a que se pertence e respectivas competências comunicativas, os humanos deverão estar aptos para desenvolver acções amortizadoras do risco, sob pena, se o não fizerem, de porém em perigo a sua sobrevivência e a da sua comunidade envolvente. É preciso saber prever–percepcionar–avaliar o risco, pelo que se tem de percorrer alguns passos: identificar os riscos; tomar consciência da sua gravidade; seleccionar por ordem de dano maior; encontrar alternativas viáveis para prevenir; criar soluções seguras de protecção; manter os comportamentos saudáveis.

A implicação de todos (cidadãos, políticos, cientistas) no trabalho de prevenção do risco ou de saber lidar com ele (na família, na instituição, no trabalho, na escola), só é possível através de uma comunicação salutar funcional entre o Eu e o(s) Outro(s), de forma a que se possa levar por diante a tarefa de construir a cultura do bem-estar

## 1.5. A CONSTRUÇÃO DE BEM-ESTAR

Vigiar a Qualidade das Relações Humanas através da Promoção da Saúde, desde a concepção do ser humano (ou mesmo antes) até à sua partida, é uma actividade de construção de bem-estar pessoal e social. Neste sentido, é atribuída uma responsabilidade ao indivíduo e à sociedade, pela construção, desenvolvimento e manutenção da saúde do Eu e do(s) Outro(s).

O processo de aprendizagem de saúde centrado na resolução de problemas conduz a que os jovens, adolescentes, adultos e longevos construam a sua identidade de forma adequada e desenvolvam competências para lidar com futuros obstáculos, participando activamente na construção do seu bem-estar. Como é possível acompanhar o desenvolvimento salutar dos seres humanos? A escola contextualizada e interactiva, enquanto espaço/tempo intergeracional parece ser o local ideal; já que, estabelece fortes laços com a família, a comunidade envolvente e a sociedade onde se inscreve.

A Educação Para a Saúde como a entendemos neste final de século, através do Projecto de Promoção e Educação Para a Saúde (PPES), apresenta quatro dimensões: *curricular* (informação factual sobre saúde, ambiente, comportamentos e reflexão-estudo-resolução de problemas); *social* (valorização da “cultura” da escola, do “clima” e das capacidades criativas dos intervenientes para a manutenção de comportamentos salutareos ou mudança de comportamentos de vertigem), *ecológica* (valorização dos espaços interiores e exteriores em termos de segurança, salubridade e conforto); e *comunitária* (integração da escola na comunidade envolvente, privilegiando as

potencialidades das famílias, os serviços de saúde e os projectos das organizações comunitárias).

A construção do bem-estar, começa na família, solidifica na escola e continua na comunidade, por isso, é tão importante valorizar uma Educação para a Saúde que acompanhe o desenvolvimento humano no sentido da saúde, enquanto *Um processo que envolve o prazer de viver, um estilo de vida de responsabilidade e iniciativa pessoal que conduza o indivíduo a viver no seu máximo potencial.* (Mullen *et al*, 1986, *cit.* Ribeiro, 1989, 19). Há que encorajar comportamentos que conduzam ao bem-estar e é pois aqui, que surge a importância e a oportunidade da qualidade da comunicação exercida, seja ela intra ou inter individual.

Saliente-se ainda que, a construção do bem-estar tem o cunho pessoal de cada personalidade, é como diz Gruen (1995), no seu livro *A Loucura da Normalidade: O tornar-se responsável pelo próprio Eu é um processo paradoxal. Quem raciocinar nos termos simples de uma sequencialidade cronológica nunca compreenderá os mecanismos activos. O desenvolvimento da personalidade não pode ser dissociado das influências exteriores. Todos nós temos um pai ou uma mãe que continuam a influenciar o nosso comportamento. Mas as contradições que se instalam no interior da mente humana desenvolvem a sua dinâmica própria. Assim, produzem-se actos que, parecendo determinados por certos acontecimentos exteriores, na realidade pouco ou nada têm a ver com eles.*(18). É no domínio do Eu que se situam a criatividade, a inovação e a mudança, necessários, aqui e agora, para edificar uma personalidade saudável e, através da modelagem, uma sociedade de comunicação salutogénica.

Todos os tempos e espaços podem ser espelhos de uma vida saudável, onde através de uma dinâmica interactiva se tenha a honestidade de tudo fazer pelo bem comum, sem perder as referências individuais ou do grupo e, quando necessário, identificar os erros e tentar melhorar em conjunto, através do apoio social livremente expresso e compreendido. O respeito pelo sentido crítico de cada personalidade num clima de transparência; a construção de uma consciência humanista individual, social e mundial; a capacidade de se descentrar de si próprio e colocar na posição do outro; a força de “mudar para melhor” conservando o que se tem de “bom”; a defesa do direito à intimidade; a valorização do humano saudável num ambiente gerador de saúde; são máximas que devem transitar, acontecer ou serem precipitadas no próximo milénio, sob pena se tal não for um facto dos humanos deixarem de serem humanos.

O lucro económico deverá ir no sentido do lucro de uma Humanidade salutar. De acordo com Séguéla, no seu livro de título optimista *O Futuro tem Futuro*, o mundo de amanhã está nas mãos da imagem: *O mercado deste planeta-comunicação, que reagrupa media-lazeres-informática-electónica-publicidade e telecomunicações, será de 2000 biliões de dólares quando franquearmos as portas do terceiro milénio. A comunicação sob todas as formas será o principal negócio do próximo século. Ontem, a inovação era o complexo militar-industrial, amanhã, será o audiovisual sob as suas múltiplas formas. Uff, as imagens vão substituir os canhões.* (1998, 157). Mas de que imagens se tratarão? Serão elas construtoras de ambientes de bem-estar? Preocupar-se-ão os responsáveis em seleccionar imagens que contribuam para a representação de saúde? Limitar-se-ão a manipular o cidadão ? Existirá



espaço e tempo mediático para mostrar as iniciativas e as preocupações salutogénicas ? Debater-se-ão ideias de saúde com intenções e esforço para chegar ao acordo, e com vontade real de concretizar o projecto de consenso? Tudo depende se vectores da nova sociedade se focalizam no dinheiro ou nas ideias é como diz Séguéla (...) *pois não é o dólar mas a imaginação que salvará o mundo. Conhecem a minha divisa pessoal: o dinheiro não tem ideias, só as ideias dão dinheiro.*(1998, 252)

Para levar a bom termo a construção de bem-estar é necessário que a nível institucional exista uma comunicação fluente entre os sectores da família–saúde–educação–comunidade–sociedade. Valorizar aqui em especial o trabalho conjunto dos profissionais do Centro de Saúde, da Escola, da Segurança Social e o poder local e político (Autarquia, Câmara Municipal,...e partidos políticos), que seria óptimo que cada vez mais tivessem tempo e espaço de diálogo para a construção de projectos de comunicação de saúde contextualizados na comunidade. Temos de contribuir para ultrapassar a esquizofrenia de certas instituições e de certos preconceitos sociais que conduzem à segregação e ao marasmo de pessoas e serviços, o que é o mesmo que dizer, que trabalham no sentido oposto à construção de bem-estar.

Uma aposta na educação para a saúde para todos efectuada de modo contínuo, é a oportunidade chave para edificar uma sociedade de comunicação de saúde. Realce para o facto de este empreendimento ser um trabalho a realizar por todos e da responsabilidade de todos, desde os governantes ao cidadão consciente e bem informado, (muito diferente do cidadão manipulado). Quando os humanos aprenderem a comunicar saúde a

partir de uma consciência de saúde, então talvez possamos falar de uma utopia da comunicação salutar que se está a concretiza, presente no futuro.

Para prever as relações de futuro temos de prever a natureza dos ambientes de relação e considerar que muitos deles acompanham uma personalidade ao longo da sua vida. Surge pois a preocupação de mudar os ambientes de interacção antes que eles venham a provocar problemas de saúde ou perturbações de comportamento nos indivíduos circunscritos a essa área ou atmosfera de interacção. Uma questão surge no domínio da prevenção *Mudar o indivíduo ou transformar o ambiente de relação?*

Não esperamos que a resposta seja fácil de equacionar, no entanto poder-se-á dizer que, seria muito bom olhar com olhos de ver e investigar de que forma os ambientes de relação podem ser modificados, antes que actuem de modo negativo nas pessoas. Contudo, quando queremos agarrar numa interacção, verificamos como Bersscheid (1999) que uma relação pode ser comparável às forças da natureza; tal como a gravidade, a electricidade, ou o vento, ela é também invisível, sendo a sua existência discernida a partir da observação dos seus efeitos. Esta característica por um lado obriga a uma constante e cuidadosa observação do processo de relação identificado; e por outro, dificulta o trabalho de antecipação de comportamentos de risco e o processo de prevenção a nível individual e do ambiente de relação específico e contextualizado. Sobre estes problemas ainda muito há por dizer, mas estamos certos que, com o desenvolvimento de uma ciência da relação a questão anterior será solucionada, já que, *for those of us who personality are concerned about the future of value human relationships, as well as those of us who professionally believe that our discipline needs to better address the fact*

*that most human behavior occurs in the causally potent context of relationships* (Berscheid, 1999, 265).

Se a saúde é realmente um direito de todo o ser humano, construir bem-estar é um dever. Só quando o valor da educação para a saúde for realmente entendido é possível acabar com a barbárie que, todos os dias e principalmente neste final de século, observamos através dos media 24 horas por dia, oriunda de todos os pontos do globo. A “casa” (da família, da escola, do centro de saúde, do hospital, do local de trabalho) enquanto ambiente de relação, imagem e representação do bem-estar individual, familiar e social, não pode ser assim desrespeitada e maltratada.

Parece ser oportuno e urgente que neste final de século se aposte na **comunicação de saúde**, como uma das formas principais (talvez até a principal) de construir ambientes de bem-estar. É preciso investir na criatividade da comunicação intra e inter do ser humano; na edificação de sociedades humanistas e humanizadoras; em acções de formação, prevenção e promoção de saúde focadas no e para o indivíduo ou grupo, com sentido e na trajectória do desenvolvimento de bem-estar individual e social (Faria, 1999).

Um alerta para o excesso de informação que caracteriza os nossos dias e da possível saturação que já está a provocar. Realmente estamos preocupados com a construção de indivíduos bem informados em saúde, detentores de uma consciência crítica e defensores dos direitos humanos. Circunscritos ao campo da saúde, a mudança ou manutenção de comportamentos e ambientes na direcção da saúde não podem ser ignorados

pelo que, deverão ser tidas em consideração um conjunto de informações no âmbito bio-psico-socio-cultural.

No entanto, não podemos ficar por aqui, é necessário que os indivíduos estejam motivados para mudar ou manter comportamentos, que as mensagens de saúde sejam compreendidas, assimiladas e sejam factor de desenvolvimento pessoal e social. Qualquer aprendizagem e/ou desenvolvimento de capacidades devem ser alvo de um acompanhamento especial e estar inscritas num projecto devidamente delineado; por conseguinte, os contributos da Psicologia da Saúde, da Psicologia dos Relacionamentos Interpessoais e da Educação para a Saúde são de capital importância para o desenvolvimento e auto-organização de uma personalidade saudável a caminho do terceiro milénio.

## **CAPÍTULO 2**

# **SAÚDE – UMA ABORDAGEM BIO-PSICO-SOCIO-CULTURAL**

### **NO LIMAR DA REALIDADE**

## **2.1. A SAÚDE DO CIDADÃO AO LONGO DOS TEMPOS**

Na História da Humanidade, os problemas de saúde que mais preocuparam os homens e as mulheres ao longo das várias gerações, estiveram relacionados com a vida comunitária. Os humanos tiveram de enfrentar o controlo das doenças transmissíveis, o controlo e a melhoria do ambiente físico (saneamento), a provisão de água e comida não contaminadas e em quantidade suficiente, a assistência médica, enfrentar catástrofes, epidemias ou perigos novos; e ainda, o alívio da dor física e psicológica, da incapacidade ou enfermidade, do desânimo, da depressão e do desamparo. A ênfase colocada em cada um desses problemas variou conforme o tempo, os espaços e as populações, dando origem ao que hoje chamamos de Saúde Pública.

Na realidade a doença e a morte sempre afligiram os humanos. A doença (infecção, inflamação, distúrbios do desenvolvimento e do metabolismo, traumatismos e tumores), enquanto enfermidade ou estado, convive diariamente com a vida em saúde, e os indivíduos sabem que a morte espreita com mais probabilidade o enfermo do que o são.

Se não estamos doentes podemos eventualmente vir a estar, ou conhecemos alguém que esteja, seja no âmbito da nossa rede familiar e social

ou através dos meios de comunicação social, tantas vezes hipocondríacos. Considera-se que os tipos básicos das doenças se mantêm, enquanto, a sua incidência e prevalência se modificam ao longo dos tempos. Por conseguinte, conhecer as mudanças ao longo da História pode ajudar-nos a compreender os problemas da saúde, as teorias e práticas, as representações e crenças, a confiança e o risco, a segurança e o perigo, as responsabilidades e iniciativas comunitárias, relativas à doença e à saúde.

Determinar a relação entre as causas e as consequências dos comportamentos de saúde ou de doença, teve origem na Grécia nos séculos V e IV antes de Cristo. Os médicos gregos da Antiguidade, (que eram também filósofos e valorizavam as observações empíricas relacionadas com as necessidades práticas e preservação da saúde), desenvolveram concepções e explicações naturalistas acerca da doença, ao mesmo tempo que, atribuíram a saúde e a doença a processos naturais. Para eles, a saúde representava a expressão dum equilíbrio entre várias forças, que quando perturbado originava a doença, por conseguinte, era importante manter um modo de vida que reduzisse os distúrbios ao mínimo. Conforme nos refere Rosen, no seu livro *Uma História da Saúde Pública*, a partir do conhecimento de *Como os elementos externos facilmente perturbavam a harmonia, merecia muita atenção a influência de factores físicos e da nutrição sobre o corpo humano. Para os médicos, no modo ideal de vida equilibravam-se nutrição, excreção, exercício e descanso. Além disso, dever-se-ia levar em conta em cada indivíduo, a idade, o sexo, a constituição e as estações. Em suma, necessitavam-se organizar toda a vida segundo esse fim.* (1994,39). Nesta época, é interessante verificar como os homens e as mulheres valorizavam a importância da preservação da

saúde até ao ponto de a elogiarem, como é o caso de uma canção dionísica da Ática: “*A saúde é o primeiro bem emprestado ao homem*” ou do poema de Árifron “*A saúde, o mais velho dos deuses*”, com quem deseja viver para sempre. No entanto, como sabemos, devido a uma economia escravagista, só uma minoria aristocrática tinha acesso ao lazer, à higiene ou ao cuidado com a sua saúde.

Os romanos seguidores dos gregos, valorizam-se mais como os engenheiros e administradores de saúde, dedicaram-se às obras públicas e construíram sistemas de esgotos e de banhos, de suprimentos de água e outras instalações sanitárias. Na Idade Média (500-1500 d.C.) a preocupação vai para a educação em saúde e higiene pessoal; apesar de se considerar a existência terrena passageira e de acreditar na crença da punição ou da salvação no outro mundo, o homem medieval tem a convicção de que se conseguir respeitar um regime correcto, pode aumentar o seu tempo de vida neste mundo. Este sentimento da necessidade de viver originou uma literatura medieval baseada em dar conselhos sobre a preservação da saúde. Mais uma vez, o conselho de viver de modo a permanecer uma pessoa saudável, de qualquer tratado de higiene, dirigia-se às pessoas de uma classe alta. Uma das obras que se destaca no período do século XII ao XV é o *Regimen Sanitatis Salernitanum* (o Regime de Saúde de Salerno) que tem como data provável o século XII tendo sido publicado na Inglaterra, na Itália e na Alemanha, no princípio do século XIX. Com a particularidade de ter sido escrito em verso as normas de saúde podiam mais facilmente serem memorizadas, como esta introdução isabelina de Sir Jonh Harrington (Rosen, 1994, 70):

*Por essas linhas a escola de Salerno deseja  
Toda a saúde ao rei dos Ingleses e aconselha.  
A mente mantenha livre de cuidados, e da ira o coração,  
Não beba muito vinho, ceie pouco, levante cedo,  
Depois de comer, ficar sentado causa danos;  
Depois do almoço, mantenha aberto seus olhos  
Quando sentir as Necessidades da Natureza,  
Não as retenha, pois isso é muito perigoso,  
E use ainda três médicos, o primeiro o Doutor Descanso,  
Depois o Doutor Alegria, e o Doutor Dieta.*

Após a invenção da imprensa os livros de saúde e os almanaques populares espalharam-se por todos os países europeus da época medieval, ensinando como cuidar do corpo e das suas partes, higiene pessoal, habitação, alimentação e limpeza corporal. Havia uma preocupação pelo regime nutricional e hábitos moderados de dieta, pelo sono profundo como prevenção da doença e promoção da composição adequada dos humores. A crença do povo e a opinião médica estavam de acordo que a eliminação dos humores prevenia as doenças, pelo que para conservar a saúde era preciso dispor-se a três procedimentos realizados por barbeiros e servente dos banhos: purgações, ventosas e sangrias.

No período do mercantilismo e do absolutismo (1500-1750 d.C.) a saúde do povo começa a ter um outro sentido, a população passa a fazer parte dos interesses políticos e económicos do Estado. Os problemas de saúde e de doença dos indivíduos passam a ser alvo de atenção especial por parte dos



legisladores, estadistas, administradores, médicos, homens de negócio, que se preocupam em como manter e aumentar uma população sadia, para poderem alcançar o fim da prosperidade nacional. Neste sentido, os detentores do poder sentiram-se responsáveis em criar condições e oportunidades para promover a saúde do povo, prevenir a doença e oferecer cuidados médicos aos indivíduos necessitados. Nos séculos XVII e XVIII surgem propostas para uma administração da Saúde Pública, pelo que esta começa a dar os seus primeiros passos.

Os Estados Gerais em 1789 surgiram como a oportunidade para os franceses encontrarem soluções para situações adiadas e enfrentarem os seus problemas de saúde e bem-estar. O primeiro dos governos revolucionários, a Assembleia Constituinte, proclamou a liberdade e a igualdade do indivíduo e a soberania da nação e da lei; nesse mesmo ano, em Paris, surge a primeira *Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão*. Neste período de mudança, procura-se transpor o que está escrito para o mundo do real. A 12 de Setembro de 1790, encontramos a Assembleia Constituinte a ter em consideração uma moção de Joseph Ignace Guillotin (1738-1814) – o médico que deu o nome à guilhotina – criando o *Comité de Salubrité* (Comité de Saúde), que assume a tarefa seguinte: *atender a todas as questões relativas á arte de curar, e seu ensino, aos estabelecimentos de saúde, na cidade e no campo, como as escolas e seus similares e a todos os assuntos de interesse provável para a saúde pública.*” (Rosen, 1994, 138).

No século XIX, destacam-se dois alemães Johann Peter Frank (1748-1821) e Franz Anton Mai (1742-1814), conhecido como o pioneiro da Saúde Pública e da Medicina Social. Este último, tenta por em prática as

concepções de Frank, arranca com a ideia da saúde do povo ser uma responsabilidade do Estado e apresenta ao longo da sua vida medidas para melhorar a saúde dos indivíduos, bem como um sistema de higiene, pública e privada. Através do trabalho realizado por Mai, observa-se um alargamento dos assuntos de saúde, abrangendo temas como higiene da habitação e da atmosfera, higiene dos alimentos e das bebidas, aspectos médicos e recreação, higiene do vestuário, saúde e bem-estar de mães e crianças, prevenção e controle de doenças comunicáveis (humanas e animais), organização do pessoal médico e provisão de assistência médica e Educação em Saúde (da população, dos médicos, dos funcionários do atendimento ao público, das crianças nas escolas, dos seus professores, dos adolescentes e respectivos perigos dos excessos sexuais desta idade).

A crença no progresso e na capacidade de aperfeiçoamento do ser humano trouxe a produção de muitos livros e panfletos sobre conselhos ao povo no âmbito da educação em saúde. O *Avis au Peuple sur la Santé* de S.A. Tissot editado em 1762, que em seis anos teve dez edições francesas e traduções em várias línguas; ou o *Gesundheitskatechismus* de B.C. Faust, publicado em 1794, que vendeu cento e cinquenta mil exemplares, chegando a ser traduzido para o letão, são exemplos da sede de informação e da vontade de aprender sobre saúde, sentida pelos cidadãos do século XVIII.

No princípio do século XIX, nos Estados Unidos, publicaram-se vários periódicos sobre o tema educação em saúde, (nomeadamente tratavam de higiene pessoal), destacando-se o primeiro, o *Arquivo Médico e Agrário* (1806) editado por Daniel Adams e o *Jornal de Saúde* (1830), ambos com vida curta. Outras iniciativas surgiram, destacando-se a 1ª *Conferência Sanitária*

*Internacional*, iniciada em Paris, a 5 de Agosto de 1851 que conta com a representação de dois delegados (um diplomata e um médico) de cada um dos seguintes países: Áustria, Hungria, as duas Sicílias, Espanha, os Estados Papais, Grã-Bretanha, Grécia, Portugal, França, Rússia, Sardenha, Toscana e Turquia. Esta Conferência tinha como principal objectivo ultrapassar os atrasos desnecessários do comércio internacional, salvaguardando a saúde geral.

Da era bacteriológica e suas consequências (1875-1950) até aos nossos dias muitas foram as iniciativas e os esforços para implementar *a acção voluntária pela saúde, a educação para a saúde* e responsabilizar o cidadão e o governo na *melhoria e manutenção da saúde e prevenção da doença* (assunto a ser desenvolvido neste Capítulo 2). Destaque, para a vacinação obrigatória, o controlo sanitário, acesso a hospitais públicos, planeamento familiar, aperfeiçoamento da formação dos técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, pessoal auxiliar, paramédicos, socorristas).

Na realidade, como estudou Michel Foucault, foi no século XVIII que se começou a institucionalizar-se a noção de saúde pública como responsabilidade do Estado e como obrigação de cada cidadão: “*o imperativo da saúde é ao mesmo tempo um dever para cada um e um objectivo geral.*”. No entanto, partindo das medidas de higiene pública até aos processos educativos de auto-conservação, estabeleceram-se, ao longo do século XIX, meios cada vez mais coactivos de saneamento.

As intervenções realizadas para proteger a saúde pública realizadas pela Administração são de dois tipos: correspondem a pedidos de ajuda por parte dos interessados ou são impostas aos indivíduos. No caso da saúde mental, da droga ou das doenças transmitidas pela via sexual, a

situação é eticamente complexa. Em muitos casos, impôr normas em nome da defesa da saúde do cidadão revelava-se de capital importância para evitar as epidemias ou irresponsabilidades de alguns (relativas à doença), que impliquem terceiros; mas, por outro lado, não podemos ignorar que o que está subjacente a esta actuação é a imposição de uma determinada ideia de saúde, que pode ser discutível. Então, parece que *É necessário distinguir como sublinha Thomas Szasz, entre fazer qualquer coisa **por** alguém e fazer alguma coisa **a** alguém, mas é habitual que se apresentem como intervenções a favor de alguém – para seu bem – o que na realidade são manipulações sobre alguém. A única forma de resistência perante o equívoco é reclamar: não façam nada para meu bem sem eu pedir antes.* (Savater, 1995, 116).

O direito à saúde para todos tem sido uma conquista de séculos mas, muito ainda está por fazer. Os políticos contemporâneos têm consciência deste problema, não é por acaso que nas campanhas eleitorais a saúde surge sempre como uma prioridade e uma promessa.

Os homens e as mulheres do final do século XX ainda não estão satisfeitos com as vitórias alcançadas no mundo da saúde, o que quer dizer que, o cidadão do século XXI ainda tem muito que trabalhar e lutar por uma sociedade salutogénica, em que todos possam viver e participar activamente na defesa do valor da saúde.

Não interessa só dar conselhos, escrever tratados, implementar acções de formação, informar através dos media, é preciso criar condições de saúde pública e desenvolver consciências de saúde. Já que, nos encontramos a viver na era da globalização, que de acordo com Giddens (1992) *introduz novas formas de interdependência mundial, nas quais, mais uma vez, não*

*existem “outros”. Estas dão origem a novas formas de risco e de perigo, ao mesmo tempo que produzem amplas possibilidades de segurança global.* (Giddens, 1992, 138). Devemos colocar a nossa atenção no mundo multicultural em que vivemos, falar da realidade, do concreto, do objectivamente subjectivo, do que é preciso mudar ou manter (Quadro 3); registar as formas emergentes de interdependência mundial e destacar a construção de uma consciência planetária de saúde em ambientes de real confiança e de risco mínimo.

QUADRO 3 – AMBIENTES DE CONFIANÇA E DE RISCO NAS CULTURAS PRÉ-MODERNAS E MODERNAS

	PRÉ-MODERNAS <i>Contexto geral: importância determinante da confiança localizada</i>	MODERNAS <i>Contexto geral: relações de confiança depositadas em sistemas abstractos descontextualizados</i>
AMBIENTE DE CONFIANÇA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Relações de parentesco</i> como mecanismo de organização para estabilizar laços sociais através do espaço-tempo.</li> <li>2. <i>Comunidade local</i> como lugar, proporcionando um meio familiar.</li> <li>3. <i>Cosmologias religiosas</i> como modos de crença e prática ritual, fornecendo uma interpretação providencial da vida humana e da natureza.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Relações pessoais</i> de amizade ou de intimidade sexual como meio de estabilizar laços sociais.</li> <li>2. <i>Sistemas abstractos</i> como meio de estabilizar relações através de extensões indefinidas de espaço – tempo.</li> <li>3. <i>Pensamento contrafactual e orientado para o futuro</i>, como modo de ligar o passado e o presente.</li> </ol>
AMBIENTE DE RISCO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ameaças e perigos provenientes da natureza, tais como a prevalência de doenças infecciosas, insegurança climática, cheias ou outras catástrofes naturais.</li> <li>2. Ameaça de violência humana, por parte de exércitos de saqueadores, senhores da guerra locais, bandoleiros e ladrões.</li> <li>3. Risco de perda da graça religiosa ou de influência mágica maligna.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ameaças e perigos emanando da <i>reflexividade</i> da modernidade.</li> <li>2. Ameaça de <i>violência humana</i> devido à industrialização da guerra.</li> <li>3. Ameaça de perda de <i>sentido pessoal</i>, derivada da reflexividade da modernidade aplicada ao <i>self</i>.</li> </ol>

Fonte: Giddens, 1992, 79

Os teóricos da cultura argumentam que os debates sociais sobre os riscos são inseparáveis do poder, da justiça, da economia, da comunicação

e do social, pelo que, não podem ser reduzidos exclusivamente a assuntos de segurança (cultura da segurança).

Neste sentido, a teoria cultural sugere que a *construção social do real* deve estar assente no conhecimento da actividade humana, é como diz Douglas (1997): *All knowledge and everything we talk about is collectively constructed. Language is no private invention. Words are a collective product, and so are meanings. There could not be risks, illnesses, dangers, or any reality, knowledge of which is not constructed. It might be better if the word “social construal” were used instead of “construction”, because all evidence has to be construed.* (Douglas, 1997, 132).

A teoria cultural é importante para ajudar a compreender o processo de construção do risco e da doença, da saúde e da vida, identificar a identidade de um povo e saber como o grupo percepciona e constrói a confiança, no seu presente e do seu futuro. As culturas modernas e pós modernas devem organizar interações de saúde, viáveis e fiáveis, das mais íntimas às mais impessoais, em climas de confiança, através do espaço e do tempo contextualizados, de modo a orientar o cidadão e a cidadã de qualquer idade, a construir o seu próprio bem-estar e o de todos.

A sociedade pós-moderna caracteriza-se por uma tendência global no sentido da redução das relações autoritárias e da implementação das opções privadas privilegiando a diversidade, autenticidade e a autonomia. No desporto, na tecnologia, no turismo, na desconstracção da moda, na música, na arquitectura, na sétima arte, nas relações humanas e sexuais, podemos constatar uma caminhada para a liberdade, até antes nunca vista. No entanto, outras opressões surgem, observando-se a multidão solitária na sociedade do

paradoxo. Os humanos da transição de século têm mais hipóteses de serem felizes do que os precederam, contudo, não parecem muito satisfeitos.

Nos finais do século XX, a construção do bem-estar não é uma tarefa fácil. Não podemos esquecer que vivemos na sociedade do consumo, onde a satisfação de necessidades dá origem a novas necessidades, sempre em ritmo acelerado, assustador e sem controlo. Se os indivíduos optarem por esta estranha forma de vida, a sua existência não será tranquila e dignificadora da vida humana. Baudrillard no seu livro *A Sociedade de Consumo*, explica a situação do seguinte modo: *Se, sob determinado ponto de vista, se for no encaço da necessidade, isto é, se a satisfizemos tomando-a à letra, identificando-a com o que ela procura – a necessidade de tal objecto – comete-se erro análogo ao que se faz quando se aplica uma terapêutica tradicional ao órgão onde se localiza o sintoma. Uma vez curado neste lugar, vai localizar-se noutro. O mundo dos objectos e das necessidades revelar-se-ia assim como o mundo de histeria generalizada.* (Baudrillard, 1995, 77). Continuando este processo, chega-se á conclusão que é impossível definir a especificidade objectiva da necessidade, logo, deparamo-nos com o desejo insaciável dum objecto em mutação constante. Quem pode ser feliz, deste modo? Como orientar os indivíduos neste estado confusional ? Porquê eliminar as formas de sedução ? Até quando suportar o ambiente de alienação? Mudar as pessoas, a situação ou ambas?

De acordo com Skinner (1953, 1985) podemos efectuar mudanças ao nível do padrão da família e das instituições educacionais de modo a que as crianças possam crescer e viver mais felizes, só não temos a certeza se os indivíduos felizes têm maior probabilidade de sobreviver no

mundo de hoje. As questões que podem ser colocadas ou as respostas que podem ser dadas, reflectem a cultura das instituições e a diversidade mundial como um todo. É preciso compreender a nossa época, escutar as pessoas, criar espaços e tempos de debate social, aqui e agora, sobre o bem-estar da população, onde todos se sintam implicados a trabalhar pela saúde dos povos.

Observar a realidade com atenção, implementar ideias criativas de desenvolvimento pessoal e social, identificar as possíveis ilações entre os acontecimentos quotidianos de saúde e de doença de um povo e o que os provoca, são tarefas de ontem e de hoje. A orientação da vida das pessoas para vivências contínuas de saúde, contribuem para a edificação dum equilíbrio salutar individual, comunitário, social e planetário, em constante construção.

A configuração do nosso mundo e respectiva remodelação são realizados através de um *processo sistemático de personalização*, que nos dá a possibilidade de entrar no universo da opção, onde cada um pode à vontade como cidadão livre e responsável, fazer as suas escolhas. Podemos optar entre uma consciência alienada e uma consciência de saúde? De acordo com Lipovetsky (1983), a *Sedução no sentido em que o processo de personalização reduz os quadros rígidos e coersivos, funciona suavemente jogando a cartada da pessoa individual, do seu bem-estar, da sua liberdade, do seu interesse próprio*. (Lipovetsky, 1983, 19). Neste sentido, a independência é um traço de personalidade, que nos dá a possibilidade de viajar de acordo com o ritmo próprio do Eu, dos seus ideias, dos seus desejos, das suas aptidões, das suas memórias do passado, do presente e do futuro, daí, como adianta o autor, o indivíduo *construa a “sua” viagem*, de preferência, pelo caminho que conduz á felicidade e ao bem-estar.



Nicole Notat na sua obra *Je voudrais vos dire* de 1997, faz apelo a uma *ética social* cuja *pedra angular* proporciona um sentimento de impotência que a autora aconselha a que não se confunda com a própria impotência, isto é, que *nenhum determinismo, nenhuma força superior, deva impedir os homens de agirem, de serem os únicos a poderem fazê-lo, sobre o seu destino* (Notat, 1997, cit. Martins D'Oliveira, 1998, 162). Por conseguinte, cada vez mais a reabilitação da acção política deverá ser focalizada na responsabilidade dos cidadãos, só assim, é possível identificar quais os movimentos que devem ser mantidos (homeostase) e os que devem ser alvo de mudança (morfogénese), de forma a que seja construída a sociedade do bem-estar para todos, próxima dos cidadãos e dos seus problemas actuais.

## 2.2. A SAÚDE E A DOENÇA

Um comportamento saudável obriga a uma distinção do papel dos bons ou maus hábitos na saúde e na doença (Matazazzo & Leckliter, 1988). A postura vivencial, que as pessoas apresentam em relação à saúde ou à doença, tem a ver com a variedade de contextos de experiência humana (individual, familiar, educacional, social, comunitário, político, económico, comunicacional) e com a compreensão dos conhecimentos existentes sobre esses conceitos: Saliente-se que, os pensamentos têm variado ao longo das épocas, valorizando-se mais a doença, a saúde ou os dois construtos.

Recorde-se a tradição hipocrática, que apresenta a doença (*Panacea*) e a saúde (*Hygeia*) como duas entidades distintas; ou a antiga Grécia (400 A. C.) onde encontramos os deuses da Medicina personificados nas duas filhas do deus Aesculapius; enquanto a primeira se dedicava à

medicação da doença, a segunda optava pela tarefa do bem-estar e preservação da saúde. Aliás, etimologicamente o grego antigo tem duas palavras que significam saúde: *Hygeia* ("viver bem" ou "boa maneira de viver") e *Euexia* ("bons hábitos do corpo"); podemos concluir, que na sua origem etimológica, a saúde e a doença não apresentam qualquer relação de sentido (Ribeiro, 1996).

Na Antiguidade as pessoas preocupavam-se com o equilíbrio dos aspectos ambientais. O vento, a água, a temperatura, a terra e os alimentos estavam relacionados com a maneira de viver do indivíduo (hábitos alimentares, de bebida, o sexo, o trabalho e a recreação) pelo que, a prática médica passava pela compreensão do ecossistema humano, onde o médico surge como um técnico, filósofo, professor e sacerdote; realmente, tal facto possibilitava uma visão holística da relação doença-saúde (Noack, 1997, Gatchel, Baum & Krantz , 1989, *cit.* Ribeiro, 1996).

As concepções sobre a saúde e a doença têm longa tradição no domínio da Medicina e das Ciências Biológicas e com o passar do tempo transformaram-se numa concepção única e restrita, assente no modelo dualista corpo-mente e caracterizada por uma visão simplista da causalidade. Focalizada no corpo físico e baseada na intervenção centrada no perito de saúde, não havia lugar para a aceitação do papel dos factores psicológicos na doença física.

Até ao início do século XX, as medidas de saúde da população eram baseadas em estatísticas de mortalidade e morbilidade, só que, nem uma nem outra, podiam ser consideradas bons indicadores do construto *saúde* (Goldberg, Dab, 1997; Breslow, Hchstim, 1971, *cit.* Ribeiro, 1996). Surgiu então

a necessidade de avaliar este conceito de uma outra forma, isto é, *a saúde como uma medida independente das doenças*.

Após a segunda guerra mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS), inovadora e em contraposição ao modelo biomédico, popularizou a ideia de que, ***a saúde não é apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social (WHO, 1948)***. Subjacente à definição podemos inferir as seguintes ideias acerca da saúde (Ribeiro, 1996):

- Estado de bem-estar e não só ausência de doença.
- Observa-se ao nível do bem-estar e funcionalidade apresentada pelo indivíduo.
- Inclui as dimensões física, social e mental.
- O físico, o social e o mental são aspectos da mesma realidade, que só têm existência no conjunto de uma personalidade, logo são interdependentes.
- Apresenta uma dimensão subjectiva (o estado de bem-estar como processo de percepção pessoal), expressa por uma auto-avaliação realizada pelo próprio indivíduo.

Embora original e revolucionária, esta definição foi alvo de várias críticas, nomeadamente do modelo biomédico, não só por ser de difícil avaliação e operacionalização mas, porque remetia para o domínio da subjectividade. A definição do conceito evoluiu tendo alguns factos contribuído para essa transformação, dos quais se destacam em particular dois momentos:

- alterações nos padrões de mortalidade e morbilidade nos países desenvolvidos obrigaram a alterações nas formas de intervenção na doença;

- descoberta da penicilina e criação de vacinas.

Os dois acontecimentos implicaram modificações nos Sistemas de Saúde, nas práticas, nos comportamentos e nas necessidades de saúde, proporcionando uma nova abordagem do tema.

Ao preocupar-se com o diagnóstico dos estados mórbidos o médico do passado foi levado a relacionar-se mais com a doença, do que com a pessoa que a expressa, transmite ou padece. Assim, ao aplicar estratégias meramente curativas não podia solucionar as epidemias que surgiam de cariz e de etiologia meramente comportamental.

Hoje, compreendemos que a *Saúde e Doença constituem um **continuum** reversível em que se transita de uma para outra. São por vezes territórios contíguos ou sobreponíveis se aceitarmos que na medicina dos nossos dias a **preferência** é colocada na prevenção primária, a **disponibilidade imediata** na prevenção secundária; e a **persistência** na prevenção terciária* (Alves Gomes, Cortesão & Silva, 1986,27).

A partir do momento, em que se desloca o centro das atenções do polo da doença para o polo da saúde, estamos diante de um grande acontecimento a que Richmond (1979) chamou de **Segunda Revolução da Saúde**. O referencial histórico que é considerado para marcar esta mudança é a publicação do relatório *A New Perspective on the Health of Canadians* realizado por Marc Lalonde, em 1974.

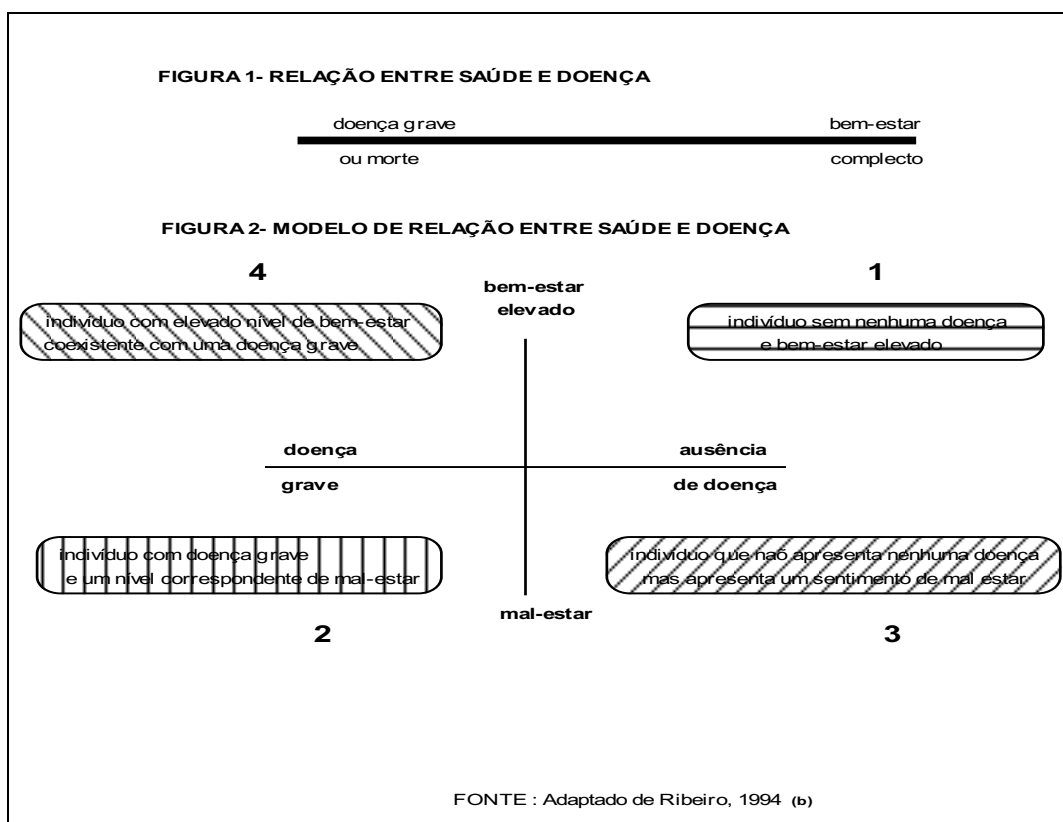
A partir do Quadro 4 podemos observar uma sequência dos principais acontecimentos ou marcos elucidativos do caminho percorrido, no entanto, muitos outros esforços contribuíram para a autonomia do conceito de saúde. Por exemplo, vários autores apresentaram um modelo conceptual para

QUADRO 4– DA PRIMEIRA À SEGUNDA REVOLUÇÃO DE SAÚDE

DATA	MARCO HISTÓRICO	ACONTECIMENTOS
<i>Até início do séc.XX</i>	Modelo Biomédico	Preocupação com o diagnóstico dos estados mórbidos e possibilidades de cura e causas de morte.
1ª REVOLUÇÃO DE SAÚDE		
1948	O.M.S.	A saúde individual é descrita como um estado de completo bem-estar físico, emocional, interpessoal e social e não apenas a ausência de doença.
<i>Década de 50</i>		Numerosos estudos salientam os comportamentos que estão associados às principais doenças (Moris, <i>et al</i> , 1953).
1959	Estudo Alameda	<p>O estudo teve início no final dos anos cinquenta e efectuou-se em Alameda Conty (Califórnia, E.U.A), envolvendo 6928 adultos.</p> <p>Tem como novidade o facto de procurar explicar não só os factores que estão associados às doenças mas também os que estão relacionados com a saúde.</p> <p>Os resultados surgem na década de 70 salientando a importância das relações entre estilo de vida das pessoas e .</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• saúde</li> <li>• morbilidade</li> <li>• mortalidade.</li> </ul>
2ª REVOLUÇÃO DE SAÚDE		
1974	Relatório Lalonde	<p>Publicação do relatório <i>A New Perspective on the Health of Canadians</i> elaborado por Marc Lalonde, ministro da saúde e do bem-estar do Canadá.</p> <p>Documento que aponta novas estratégias de Saúde Pública.</p> <p>Definição do conceito de <b>campo da saúde</b> ( <i>health field concept</i>) distinto de cuidados de saúde ( <i>health care</i>).</p> <p>Para a análise da saúde deverá ser tomado em consideração: a biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização dos cuidados de saúde (constituem o <i>Health Field Concept</i>).</p>
1977	Relatório Richmond	<p>O governo dos Estados Unidos da América solicita um estudo sobre o estado de saúde da nação.</p> <p>Para Richmond os principais problemas de saúde deviam-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• adopção de hábitos descuidados</li> <li>• poluição do meio ambiente</li> <li>• más condições sociais (pobreza, fome, ignorância)</li> </ul>
1978	Declaração de Alma-Ata	A OMS adoptou a Declaração de Alma-Ata onde se definiram um conjunto de objectivos de saúde e de estratégias para os alcançar visando a população do planeta.
1979	<i>Healthy People: the Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention.</i>	Conclusões do Relatório Richmond
1986	Carta de Ottawa Documento Saúde Para Todos no Ano 2000	<p>Define Promoção da Saúde como o processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e para a melhorar.</p> <p>(Documento de 1977, traduzido e publicado em português, pelo Ministério da Saúde ).</p>

esclarecer a relação saúde e doenças – surge a ideia de um contínuo de pólos opostos (Hetler, 1982; O'Donnell, 1986; Tercis, 1975; *cit.* Ribeiro, 1994). O

estado de saúde e o estado de doença, são consideradas realidades distintas e estariam colocadas em extremos opostos de um contínuo hipotético. (Figura 1).



Na Figura 1 estão implícitas duas situações: doença ou saúde. Em ambas é sugerido a passividade do sujeito, relativamente ao seu próprio estado presente, ao mesmo tempo que se detecta a dificuldade em identificar a fronteira entre a doença e a saúde. Podemos ainda dizer que, neste modelo se torna perceptível uma possível representação da definição de saúde apresentada pela OMS.

No sentido de ultrapassar a crítica sobre a inação do sujeito sobre a sua saúde e/ou doença, surgiu um outro modelo (Figura 2), que consiste num sistema de dois eixos cruzados. O eixo na vertical representa o contínuo bem-estar elevado *versus* bem-estar baixo, e o eixo horizontal o contínuo saúde *versus* doença. Por conseguinte, cada indivíduo podia ser colocado num

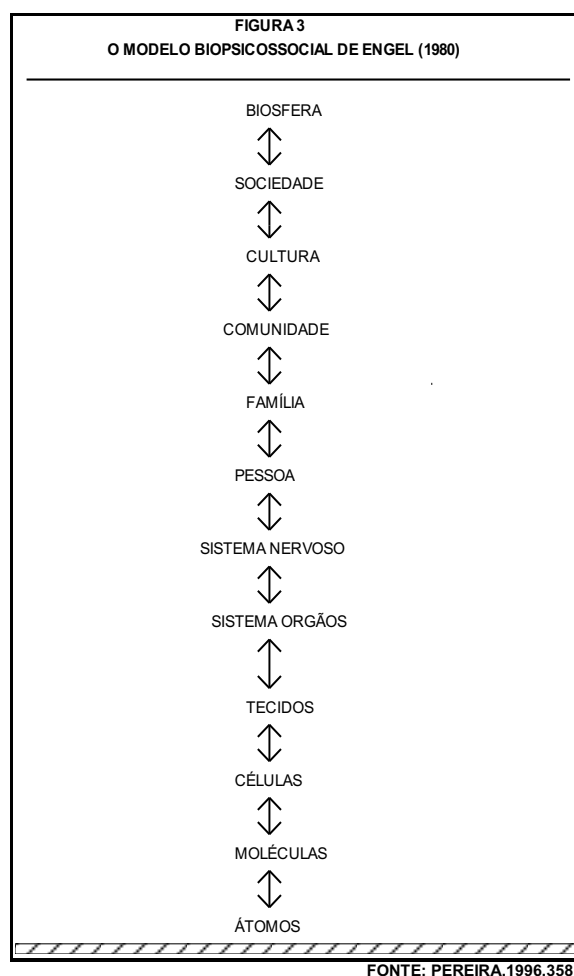
dos quadrantes 1 (indivíduo sem nenhuma doença e bem-estar elevado), 2 (indivíduo com doença grave e correspondente mal-estar), 3 (nenhuma doença mas, a pessoa apresenta um sentimento de mal-estar) ou 4 (elevado bem-estar coexistente com doença grave, que possivelmente ainda não se manifestou). Nesta panorâmica, a doença surge como um conceito mais amplo, interactivo e complexo, tendo em conta os *acontecimentos↔causas↔sintomas*, contudo, a saúde ainda não tem o protagonismo que lhe é devido.

Considerando a especificidade de cada indivíduo, parece ter todo o sentido perspectivar a relação entre saúde e doença em muitas mais dimensões, bem como, definir o ponto de partida da observação de cada uma. A saúde deverá ser delineada a partir dela própria e não em função da dimensão patogénica, perspectiva que está de acordo com o modelo salutogénico de Antonovsky (1979). O autor defende que a saúde só pode ser entendida a partir dela própria e não a partir da patologia, pelo que, o seu estudo deve ser orientado para a saúde.

O movimento de ideias sobre saúde coloca em causa o modelo biomédico permitindo retomar a *perspectiva ecológica* de Engel (1977), isto é, voltou a dar-se importância aos conhecimentos, valores e aos modelos de pensar os indivíduos de um espaço e tempo próprios (Ribeiro, 1996).

Na Figura 3, encontra-se representado o **modelo biopsicossocial** sugerido por Engel, nos finais década de setenta. Este foi mais um contributo para ultrapassar o modelo biomédico e respectivas limitações, nomeadamente, as suas características reducionistas e dualistas, que valorizavam o orgânico e separavam o corpo da mente.

A proposta do novo modelo argumenta que para compreender a enfermidade de um indivíduo doente é preciso: considerar para além dos aspectos fisiológicos o contexto emocional e social em que a doença ocorre; tomar conhecimento de outros níveis de organização, detectados pelas novas tecnologias, que podem influenciar as funções fisiológicas; perspectivar um tipo de tratamento que inclua na sua intervenção não só a vertente médica, mas a também a psico-social.



Muitos outros investigadores defenderam a especificidade da saúde, chamando a atenção para outras dinâmicas que devem ser consideradas quando entramos neste domínio. Conforme Ribeiro (1994) refere



*A doença deve ser concebida como um conceito interactivo complexo: acontecimentos específicos ocorrem em consequência da interacção de causas múltiplas: A combinação de causas é passível de conduzir a novos sintomas.* (Ribeiro,1994 b, 62), daí que saliente o **modelo salutogénico** de Antonovsky (1979), que como o próprio nome indica, tem como sua orientação a saúde e não a patologia. Um outro autor, Noack (1987) distingue duas dimensões no conceito de saúde:

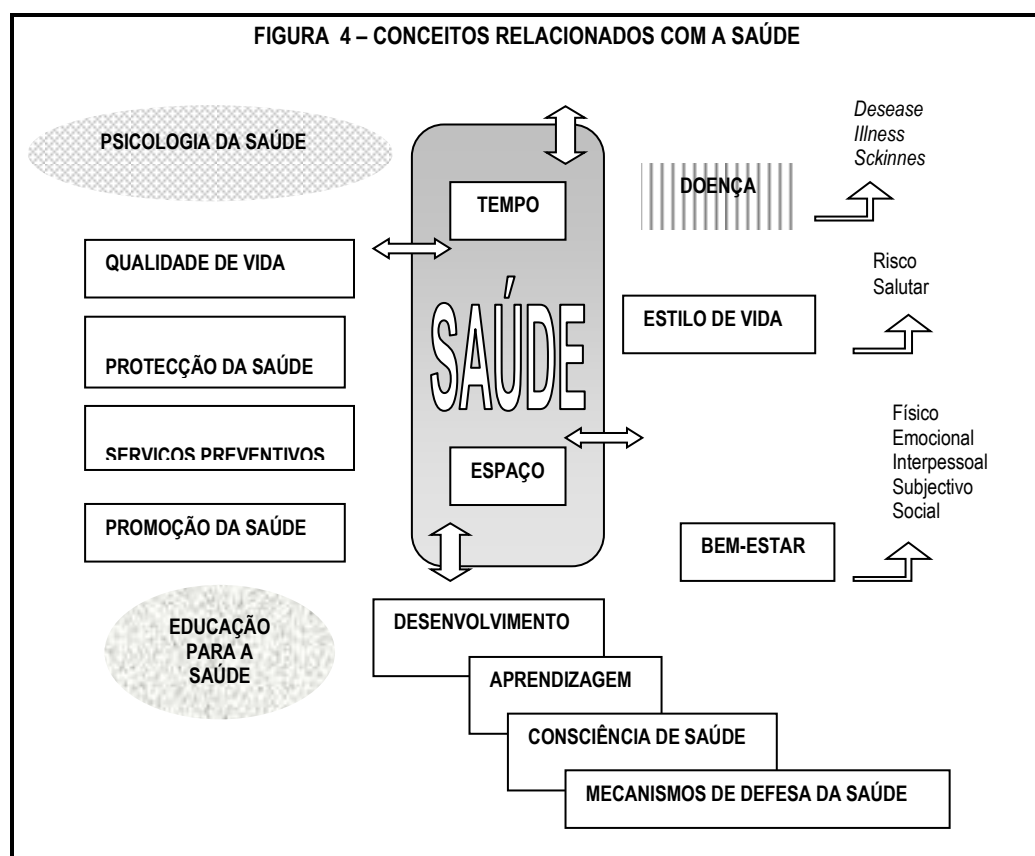
- *health balance* ou manutenção de um estado de equilíbrio dinâmico;
- *healht potencial* capacidade de lidar com os diversos acontecimentos de vida;

possibilitando uma nova abordagem da saúde e enriquecendo o vocabulário salutar.

Associada à preocupação de tratar o indivíduo como entidade global surge a ideia da construção de equipas de saúde biopsicossociais, com o objectivo de possibilitar uma resposta mais adequada, específica e globalizante às multifacetadas da doença e da saúde. Conforme como refere Pereira (1996): *O desafio das equipas biopsicossociais é o de serem tão holísticas quanto possível e tão reducionistas quanto necessário.* (Pereira, 1996, 358). A partir daqui surgem outros tipos de colaboração interdisciplinar e, nomeadamente, as mais utilizadas entre psicólogos e médicos são: Equipa de Saúde Primária, Referência Limitada; Consultadoria e Coterapia (Pereira, 1996).

Na caminhada pela independência da saúde, destaca-se um outro autor Dejours (1986), que também não aceita a perspectiva da existência de

um estado de completo de bem-estar físico, mental e social, pelo que define saúde não tanto como um fim em si mesma mas, como **um meio para atingir o bem-estar**. Por conseguinte, um indivíduo saudável seria aquele que tem meios para traçar um caminho pessoal e original em direcção ao bem-estar (físico, psíquico e social).



Nos últimos tempos, temos assistido ao desenvolvimento de um conceito associado à saúde, que faz apelo à responsabilidade e à iniciativa pessoais: *Wellness*. O referido construto, pode ser definido como: *Um processo que envolve o prazer de viver, um estilo de responsabilidade e iniciativa pessoal que conduza o indivíduo a viver no seu máximo potencial* (Mullen, Gold, Belcastro & McDermott, 1986, cit. Ribeiro, 1989, 9).

Paralelamente, a este percurso observamos a construção de uma linguagem específica ou técnica, que envolve conceitos de bem-estar e saúde (Figura 4).

A definição considerada (*Wellness*), descobre uma nova faceta da saúde, possibilitando o alargamento do seu estudo e da dinâmica da sua intervenção aos vários domínios do conhecimento científico. Nomeadamente, possibilita a intervenção psicológica, a prevenção e promoção da saúde, e permite a prática de uma educação para a saúde. Nesta perspectiva, o indivíduo é responsável pela auto-organização e auto-construção de saúde, mas, como podem ser elas avaliadas?

As dificuldades sentidas na avaliação objectiva de saúde devem-se em parte, à sua característica subjectiva (percepção pessoal) e à necessidade de recorrer a técnicas diferentes das utilizadas no domínio da doença.

No Quadro 5 temos resumido alguns aspectos que os autores costumam salientar quando se referem à avaliação de saúde e de doenças. Por conseguinte, a escolha das medidas a serem utilizadas é realizada em função dos objectivos da avaliação de saúde pretendidos, que vão orientar e condicionar todo o processo.

De acordo com Ware, Brook, Davis & Lohr (1981, *cit.* Ribeiro, 1994c) podem ser consideradas cinco categorias de objectivos de avaliação de saúde:

- medir a eficácia das intervenções médicas;
- avaliar a qualidade dos cuidados de saúde;
- estimar as necessidades de uma população;
- melhorar as decisões clínicas;
- comparar causas e consequências das diferenças de saúde.

**QUADRO 5 – A AVALIAÇÃO NA SAÚDE E NA(S) DOENÇA(S)**

SAÚDE	DOENÇA(S)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• É apenas uma.</li> <li>• Avaliação no geral.</li> <li>• Considera a avaliação subjectiva do indivíduo saudável (auto-percepção).</li> <li>• Inexistência de saúde específica.</li> <li>• Avaliação baseada em dados de aparência subjectiva.</li> <li>• São necessárias medidas sensíveis à dimensão positiva do estado de saúde determinado através de três abordagens: uma que recorre à percepção pessoal do indivíduo avaliado; outra que valoriza o funcional para detectar a capacidade do indivíduo em realizar as tarefas sociais e desempenhar o seu papel social; e a última, baseada no conceito de adaptação ao meio ambiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• São inúmeras sem contar com as desconhecidas.</li> <li>• Avaliação no particular.</li> <li>• Avaliação independente do indivíduo doente.</li> <li>• Existência de doenças específicas com nomes específicos.</li> <li>• A avaliação baseia-se em dados objectivos.</li> <li>• Registo médico da presença ou ausência de uma ou várias doenças.</li> </ul> <p>DOENÇA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>= sentir-se doente (<i>illness</i>)</li> <li>= estar doente (<i>disease</i>)</li> <li>= comportar-se como doente (<i>sickness</i>)</li> </ul>

Nos últimos tempos, as medidas de avaliação de saúde têm sido desenvolvidas a partir da auto-percepção. Aceites universalmente, têm possibilitado uma investigação mais alargada e real, isto é, um estudo da saúde a partir do referencial da saúde e não da patologia ou da ausência desta.

## 2.3. PROMOÇÃO DA SAÚDE

A partir do Relatório Lalonde (1974) a saúde foi finalmente reconhecida como um estado distinto da doença, o que possibilitou abordagens diferentes dos dois conceitos. Relembrando a Figura 1, verificamos que os estado de doença e o estado de saúde considerados estão representados em extremos opostos de um contínuo hipotético, onde todas as pessoas se podiam

posicionar. Nesta relação Saúde – Doença está implícita uma perspectiva de desenvolvimento, sugerindo a possibilidade de uma intervenção ao nível dos indivíduos e das comunidades, na direcção do polo da saúde. Assim, os indivíduos que não estavam doentes passam a ser alvo de uma atenção especial, facto que não se verificava até à Segunda Revolução da Saúde.

Na década de oitente, um outro acontecimento foi significativo para a definição de novos conceitos no campo da saúde, foi o contributo da Carta de Ottawa, com o conceito de promoção de saúde:

*A Carta de Ottawa, em 1986, define Promoção da Saúde como o processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e para melhorar. Ora, como já foi referido atrás o aumento de controlo, da responsabilidade, pessoal sobre o Estilo de Vida é um processo desenvolvimental. Logo a Promoção da Saúde é, por excelência, um conceito desenvolvimental, dinâmico e tem implícita a ideia que esta -- a Saúde -- se pode desenvolver ao longo do ciclo de vida. (Ribeiro, 1996, 185).*

As investigações que começam a surgir no domínio da saúde têm mostrado a importância que o comportamento salutar pode ter em todas as idades e de como é desejável que ele seja voluntário. O Estudo Alameda realizado por Berkman e Breslow em 1983 mostrou que existem comportamentos associados a uma boa saúde e a uma maior longevidade (Matarazzo & Leckliter, 1988), tais como :

- Dormir sete ou oito horas por noite.
- Tomar o pequeno almoço todos os dias.
- evitar comer entre as refeições,
- Manter o peso à volta do que seria desejável para a sua altura e sexo.
- Não fumar.
- Beber bebidas alcoólicas de forma moderada.
- Praticar actividade física.

O cuidado com a promoção da saúde implica intervenções antes do indivíduo poder ser alvo de uma educação para a saúde. As acções que podem influenciar a complexidade do comportamento têm de ser desencadeadas antes do nascimento dum ser humano; o que obriga por um lado, os pais a vigiarem a sua própria saúde e por outro, a comunidade deverá ser facilitadora de padrões de comportamentos desencadeadores de estilos de vida saudáveis. O cumprimento da conduta salutar não é só da responsabilidade das forças políticas e governamentais mas, em particular, deve partir do voluntariado dos cidadãos.

Quanto mais cedo começarmos a promoção de saúde mais hipóteses temos de observarmos crianças e adolescentes saudáveis, o que constitui um bom prognóstico para a construção de uma sociedade salutogénica, isto é, que participa activamente na génese de saúde e consequente bem-estar.

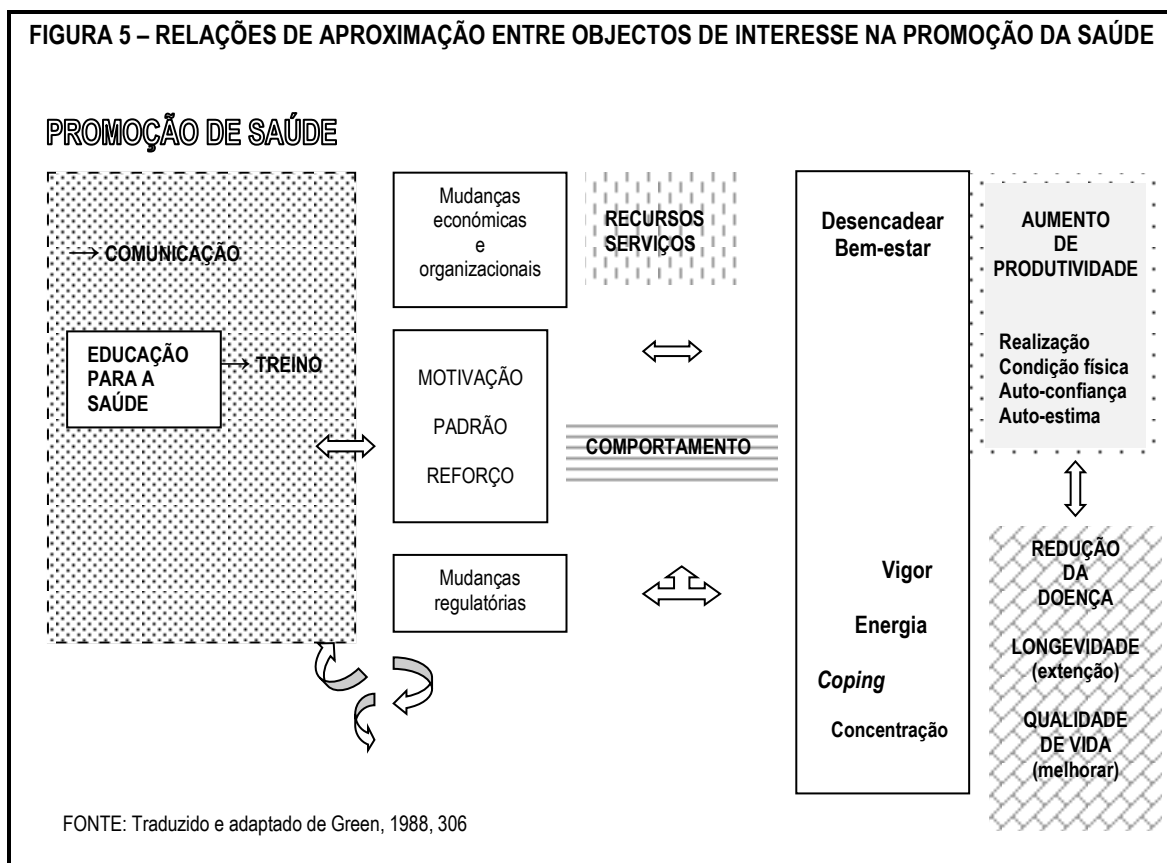
Ao orientar o comportamento dos indivíduos para a saúde, assistimos ao desenvolvimento de uma consciência de saúde (compreensão do indivíduo e/ou grupo sobre a noção de saúde, responsabilidade individual e autonomia, na promoção da qualidade de vida), que constitui um indicador favorável à edificação do bem-estar pessoal e social. Já em 1979, Dubos referia que, *os estádios iniciais da vida dos indivíduos são de excepcional importância devido a que, em larga medida, determinam aquilo em que o adulto se tornará. Uma atmosfera favorável ao desenvolvimento biológico e mental da criança é a maneira mais económica de promover a saúde mundial.* (Dubos, 1979, *cit.* Ribeiro, 1996, 186). Assim, os autores sugerem que estejamos atentos à reciprocidade entre acontecimentos de vida (*life events*) e saúde, ou

seja, a saúde aumenta a capacidade de enfrentar os acontecimentos do dia a dia, e estes afectam a saúde. A partir deste mecanismo de *feedback*, podemos observar, num sentido positivo, fenómenos como a redução da doença, o aumento da produtividade, uma maior longevidade e consequentemente, um nível elevado de qualidade de vida.

A promoção da saúde implica o verbo mudar, isto é, urge fazer ajustamentos e modificações no estilo de vida das pessoas; e em simultâneo é preciso que o comportamento ou prática que queremos implementar tenham uma certa duração e se instalem. Em qualquer intervenção realizada a este nível, está implícita a avaliação do processo ocorrido. Múltiplas são as relações e as influências dos vários domínios para a edificação de bem-estar, pelo que devem ser investigadas e registadas, para assim se poder maximizar as iniciativas de promoção de saúde e observar até que ponto foram atingiram os objectivos propostos desde o início (Figura 5).

O maior benefício contribui para elevar o nível de saúde, contudo, é preciso que os indivíduos atribuam o devido valor a esse acontecimento, de modo que este se constitua como um reforço. Os apoios organizacionais, políticos, económicos e ambientais são o primeiro momento da promoção da saúde; mas, uma pessoa motivada é uma das condições essenciais para atingir os objectivos salutareos, conducentes à redução da doença, longevidade e aumento da produtividade.

FIGURA 5 – RELAÇÕES DE APROXIMAÇÃO ENTRE OBJECTOS DE INTERESSE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE



Orientar o comportamento individual e social de uma geração no caminho do bem estar físico, psicológico e social é um dos objectivos da educação para a saúde, pelo que pode ser um modo eficiente para mudar os comportamentos. Para motivar as pessoas é preciso que elas tenham controlo na sua situação pois, quanto maior for o controlo que os indivíduos apresentarem sobre os acontecimentos, mais eles podem estar motivados a comportarem-se adequadamente, optando por um caminho saudável.



## 2.4. A PSICOLOGIA DA SAÚDE E A QUALIDADE DE VIDA

Conforme Musschenga(1997) o termo *qualidade de vida* foi utilizado pela primeira vez por Ordway (1953) e Osborn (1957), num contexto de crítica política sobre o crescimento económico ilimitado. As críticas chamavam a atenção para os efeitos nefastos desse desenvolvimento acelerado a longo prazo, provocando a *exautão dos recursos* e a *poluição do ambiente*. Os autores utilizaram o conceito de *qualidade de vida* no sentido das suas críticas – a *qualidade das condições externas para viver*. Na época, acreditava-se que o crescimento económico era positivo e proporcionava uma vida melhor, mas nesta concepção os valores no âmbito do material eram a preocupação central. Contudo para os críticos, havia que também valorizar a *qualidade interna da vida humana ou excelência humana*. Depois da II Guerra Mundial, a influência das políticas de bem-estar e ideologias utilitárias são transpostas para termos como a *felicidade*, *bem-estar* e *qualidade de vida*. Por conseguinte, a política social interessou-se pelo papel que a medicina e os cuidados de saúde, podiam desempenhar no sentido da promoção da qualidade de vida. De acordo com Mussenga (1997) a *qualidade de vida* no domínio da medicina pode ser prespectivada a três níveis: (1) qualidade de vida como grau normal de funcionamento humano; (2) qualidade de vida como grau de satisfação com a vida; (3) qualidade de vida como nível de desenvolvimento humano.

A Segunda Revolução de Saúde estimulou os estudiosos das décadas de 60 e 70 a preocuparem-se com a necessidade de pensar de novo na saúde, conceptualizar, avaliar e intervir na melhoria da Qualidade de Vida

(QDV) das pessoas, no sentido da Promoção da Saúde. Assim, muitos conceitos surgiram relacionados com uma linguagem salutogénica (Figura 4).

Em 1980, Matarazzo introduz a *Health Psychology* (Psicologia da Saúde) para designar a área disciplinar da Psicologia, nos domínios da saúde e da doença, fundamentada numa perspectiva holística. Refere que, enquanto ciência e como profissão, cabe à Psicologia da Saúde uma configuração de contribuições educacionais, científicas e profissionais da ciência psicológica que tenham em vista (Matarazzo, 1980, *cit.*Teixeira,1992) três vertentes principais, que devem ser conceptualizadas numa perspectiva de interacção intra e inter-individual, que são as seguintes:

- a promoção e manutenção da saúde,
- a prevenção e tratamento da doença ,
- a identificação dos correlatos etiológicos e diagnósticos de saúde, doença, e disfunções psicológicas relacionadas.

O **objecto** de estudo da Psicologia da Saúde é o indivíduo pessoal e intersubjectivo e os seus funcionamentos afectivo, cognitivo, emocional, comportamental e social, por isso, tem em consideração a personalidade, a família e o apoio social – interessa-lhe a forma como o indivíduo vivência e experiência a sua saúde e/ou a sua doença, na relação intra e inter subjectiva .

No que diz respeito à situação, esta remete-nos para o domínio da Medicina, por isso, a Psicologia da Saúde apresenta como principais **objectivos** (Teixeira, 1992):

1. **agir** de forma a que os indivíduos incluam no desenvolvimento do seu projecto de vida um conjunto de atitudes positivas e comportamentos activos e responsáveis que visem a promoção da sua própria saúde e a prevenção da doença;
2. e 3. **reforçar** e **optimizar** as suas defesas psicológicas no processo de ajustamento ao adoecer, à doença e às suas eventuais consequências de modo a proporcionar uma vida activa e participante;
4. e 5. **sensibilizar** e **informar** os técnicos de saúde e os agentes sociais envolvidos na promoção e manutenção da saúde, na prevenção e tratamento das doenças e na sua reabilitação.

Na realidade, esta ciência veio preencher uma lacuna no contexto da saúde. Em primeiro lugar, existem pessoas que necessitam e requerem apoio psicológico intensivo e/ou prolongado (pessoas com sequelas pós-traumáticas, consequências dos acidentes de viação, doenças de evolução prolongada, dor crónica, *handicaps*, gravidez, menopausa, envelhecimento, problemas ligados à alimentação, tabagismo, alcoolismo, droga, *stress*, novas doenças, SIDA); por outro lado, há urgência em humanizar mais e melhor os cuidados de saúde e respectivos serviços existentes ou a criar; e por último, é preciso apostar na prevenção, através da informação e formação dos cidadãos na área da saúde.

As **áreas de interesse** da Psicologia da Saúde podem ser sistematizadas da seguinte forma (Diekstra,1990; Weinman, 1990, *cit* Teixeira, 1992):

- Os determinantes comportamentais dos estados de saúde e de doença.
- Aquisição precoce de comportamentos.
- As cognições sobre a saúde e a doença.

- Os processos de comunicação, tomada de decisão e de adesão aos serviços de saúde.
- Os ambientes de tratamento médico.
- As estratégias de *coping* com a doença e a incapacidade.
- As relações entre os cuidados de saúde e a qualidade de vida.
- As condições de saúde dos técnicos de saúde.

Apesar da defesa do valor saúde e de aí se encontrar o seu ponto de observação/problematização, investigação e intervenção a Psicologia da Saúde estabelece laços muito fortes com outras ciências, nomeadamente, a Medicina, Neuroimunologia, Biologia, Antropologia, Sociologia, Psicologia Clínica, Psicologia Social e Psicologia Educacional. Neste domínio, considera-se de capital importância a colaboração interdisciplinar com o fim de serem alcançados os objectivos de saúde; desta forma, assegura-se a coerência do processo e a cobertura da globalidade do real. Consoante o campo de intervenção considerado, pode ser alargada a participação a outros profissionais, destacando-se a intervenção de professores, dos médicos de família e de saúde pública, sociólogos, antropólogos, enfermeiros, assistentes sociais, educadores, políticos, legisladores e responsáveis pela comunidade.

Ao analisar o psicólogo no contexto de saúde, Pereira (1996) considera alguns modelos de colaboração interdisciplinar que podem ser uma fonte de inspiração para um bom trabalho de equipa entre profissionais com formação específica diferente (Quadro 6). É preciso chegar a todos os sectores da sociedade para modificar comportamentos ou para realizar a manutenção de condutas de salutareis. A prática da saúde implica interagir com os

ambientes intra e inter, por conseguinte a saúde não depende só dos especialistas, cada cidadão tem algo a dizer e a fazer.

#### QUADRO 6– MODELOS DE COLABORAÇÃO INTERDISCIPLINAR

MODELOS	<i>Tipos de colaboração realizada entre psicólogos e médicos</i>
<b>EQUIPA DE SAÚDE PRIMÁRIA</b> ( Dyman e Berman, 1986)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os doentes são vistos inicialmente pelo médico e pelo psicólogo, durante cerca de duas sessões e é feita uma avaliação.</li> <li>• A colaboração entre os dois profissionais surge logo no início em que o problema é definido e o diagnóstico feito.</li> <li>• Os dois profissionais trabalham separadamente consultando-se com frequência.</li> <li>• O trabalho do psicólogo consiste em observar, avaliar e ser capaz de fornecer intervenções breves.</li> <li>• O papel do psicólogo é o de ser um generalista responsável pela contextualização do problema a diversos níveis : questões psicossociais; mudanças de estilo de vida; problemas de aderência ao regime médico; ou relação do impacto da doença no doente e na família.</li> </ul>
<b>MODELO DE REFERÊNCIA LIMITADA</b> (Crane,1986, Hepworth,Gavazzi, Adlin, Miller, 1988)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embora em contacto e em coordenação, o médico e o psicólogo tratam os doentes em locais diferentes, embora ambos os profissionais sejam responsáveis pelos respectivos tratamentos.</li> <li>• O papel do psicólogo é o de tratar os aspectos psicossociais da doença e negociar o problema apresentado de início como um problema médico que é afinal psicossocial</li> </ul>
<b>MODELO DE CONSULTADORIA</b> ( McDaniel, Weber, 1986)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O psicólogo é o consultor do médico ou vice versa, de forma a que seja dada assistência para identificar/clarificar problemas, e considerar opções para a resolução do problema.</li> <li>• O psicólogo consulta o médico acerca das medicações, doenças crónicas e assuntos do foro médico dos seus doentes em tratamento.</li> <li>• O médico consulta o psicólogo acerca dos assuntos psicossociais das doenças que os seus doentes apresentam.</li> </ul>
<b>MODELO DE COTERAPIA</b> (Campbell, McDaniel, 1987)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O médico e o psicólogo trabalham em conjunto durante todo o processo de diagnóstico e tratamento negociando a divisão do trabalho de acordo com a sua especialidade.</li> <li>• Modelo que requer maior negociação entre o sistema biomédico e o psicossocial.</li> </ul>

Nos nossos dias quando se fala em avaliar a Q.D.V. de uma população, procuram-se três indicadores: esperança de vida; taxa de mortalidade infantil; e anos de vida perdidos (os que morrem antes do tempo). A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QDVRS) está mais relacionada com a doença, podendo apresentar dois sentidos: *geral* (para o sistema de cuidados de saúde) e *específico* (para cada uma das doenças). Consequentemente, a QDV e a QDVRS quando aplicadas no sistema de cuidados de saúde são sinónimos. E quando nos referimos à QDV de um indivíduo em particular, quer na saúde ou na doença, do que é que estamos a falar?

Segundo Churchman (1992) a Q.D.V. designa o juízo subjectivo de uma personalidade sobre o grau em que as suas necessidades, nos vários domínios da vida, se encontram satisfeitas. Por conseguinte; a QDV é uma medida de percepção pessoal (não é possível questionar uma pessoa sobre o estado da outra), varia ao longo da vida de uma personalidade e constitui-se como uma medida subjectiva (é necessário recorrer em particular a técnicas de avaliação baseadas em validade e fidelidade).

A relação entre a Psicologia da Saúde e a Q.D.V. pode ser considerada da seguinte forma: *a Q.D.V. é o objectivo da Psicologia da Saúde enquanto a Saúde é o objecto*. De um modo geral, podemos encontrar na literatura cinco tipos de concepções acerca da Q.D.V. (Ribeiro,1994c):

**Psicológica**

⇒ Esta abordagem parte da distinção entre ter uma doença e sentir-se doente (*disease versus illness*) e a partir daqui, centra-se na percepção do doente isto é, na experiência subjectiva da vivência de doença.

<b>Custo-benefício</b>	⇒ Enquadra-se na dicotomia quantidade de vida versus qualidade de vida, coloca a sua atenção na percepção subjectiva do doente sobre a sua capacidade funcional em áreas que valoriza e respectivas opções de vida, de ganho e perda.
<b>Centrada na comunidade</b>	⇒ Observação do impacto da doença na comunidade e que variáveis deverão ser consideradas, embora inicie a avaliação de Q.D.V. por parâmetros fisiológicos, abrange um conjunto de parâmetros de personalidade, sociais e comunitários (funcionamento social, distress psicológico/ bem-estar, percepção geral de saúde, funcionamento social, exercício do papel social).
<b>Funcional</b>	⇒ Valoriza os aspectos funcionais e ignora os emocionais, isto é, a reorganização dos aspectos funcionais, físicos, psicológicos e sociais é vista em função dum maior ou menor ajustamento às consequências de uma doença.
<b>Calman's Gap</b>	⇒ A Lacuna de Calman considera que a QDV é como uma lacuna entre as expectativas do doente e o que ele conseguiu realizar, assim quanto mais a primeira se aproximar da segunda, maior a QDV.

Ao conceptualizar a saúde numa perspectiva salutogénica, o conceito é redimensionado e, paralelamente, assistiu-se ao aparecimento e desenvolvimento dos conceitos de Q.D.V. e bem-estar. A partir da década de 70, os três construtos surgem com grande ênfase e de modo interrelacionado. Enquanto que o primeiro, se desenvolve num contexto de saúde pública, o segundo no contexto da sociologia, já o último, é por excelência do domínio da psicologia (bem-estar-subjectivo). Podemos verificar que no estabelecimento de indicadores de QDV consideram-se geralmente, uma componente objectiva (social, económica, político, ambiental) e uma componente subjectiva (psicológica), ambas são faces de uma mesma moeda, pelo que deverão ser consideradas numa visão de conjunto.

A saúde é um dos domínios fundamentais para QDV. Por isso, a Psicologia da Saúde tem interesse na QDV ao nível da avaliação (produção de medidas de QDV) e da intervenção (mudança de comportamentos); só desta forma é possível trabalhar na prevenção de condutas de risco, na orientação para a saúde e na manutenção dos comportamentos salutareos, considerados nas suas vertentes individual e/ou social.

## **2.5. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

No domínio do comportamento humano, contextualizado no campo da saúde e da doença, cabe à Psicologia da Saúde o estudo do funcionamento psicológico de uma ou várias personalidades na sua relação com a saúde e com a doença, incluindo as personalidades saudáveis que necessitam de ajustamento psicológico (gravidez, infância, adolescência, menopausa, envelhecimento,...) e não implicam uma alteração do estado de saúde.

A Educação para a Saúde (E.P.S.) é uma das áreas de interesse desta ciência, dado que está relacionada com a necessidade de fazer adquirir comportamentos que sejam sustentados e visem a promoção da saúde. A principal preocupação, é a de eliminar os comportamentos de risco para a saúde nas fases mais precoces do desenvolvimento humano, infância, adolescência e jovem adulto.

É preciso identificar métodos de intervenção comunitária com carácter preventivo e desenvolver programas de investigação sobre os determinantes da aquisição precoce de comportamentos para a saúde



(Diekstra, 1990, Teixeira, 1992). Só desta forma, estão reunidas as condições para se poder passar à fase de intervenção em educação orientada para a saúde. Conforme Teixeira e Trindade (1994) a investigação/intervenção podem sistematizar-se em três áreas distintas:

1. **Promoção de saúde** (implementação de práticas de saúde e políticas).
2. **Protecção de saúde** (prevenção de acidentes/segurança no trabalho e saúde ambiental).
3. **Serviços preventivos** (saúde materno-infantil, saúde escolar) enquanto modificação dos estilos de vida e na facilitação da adesão a comportamentos positivos de saúde.

A actividade de promoção de saúde destina-se às pessoas que estão saudáveis e procura criar medidas comunitárias e individuais que possam ajudar a adopção de estilos de vida que permitam manter e realizar um estado de bem-estar.

De acordo com a informação apresentada pelo *Department of Health, Education and Welfare Task Force on Prevention* (USDHEW, 1978; *cit.* Greene & Simonds-Morton, 1988), a promoção da saúde é definida em termos de programas de bem-estar e estilos de vida, apresentando doze categorias de comportamento que são alvo das actividades de promoção de saúde:

1. Fumar.
2. Nutrição.
3. Consumo de álcool.
4. Consumo de drogas que criam dependência.
5. Conduzir.
6. Exercício.

7. Sexo anticoncepcivo humano.
8. Desenvolvimento familiar.
9. Gestão de riscos.
10. Gestão de conflitos e tensões.
11. Adaptação/confrontação.
12. Aumentar o valor da auto-estima.

As actividades de promoção da saúde, como as que foram referidas anteriormente, podem implicar mudanças políticas e jurídicas de forma a proporcionar ambientes saudáveis aos humanos do planeta, bem como acções e projectos no âmbito da educação para a saúde. Neste sentido, é realmente difícil encontrar uma definição satisfatória que distinga promoção de saúde de educação para a saúde. Tradicionalmente, a primeira está conotada com uma área positiva de saúde, enquanto que à segunda é atribuída a saúde negativa. Contudo, não existe nenhuma razão para não relacionar a educação para a saúde com a saúde positiva ou bem-estar, já que, interfere nos estilos de vida dos indivíduos e educa para o bem-estar e a felicidade, respeitando a autonomia e o desenvolvimento dos sujeitos (Downie & Fyfe, 1990; Gorovitz, 1990; Downie, 1990).

Na perspectiva de Darden (1973, *cit.* Greene & Simonds-Morton, 1988) um programa eficaz de E.P.S. deve focalizar-se em ajudar uma personalidade a melhorar a sua auto-compreensão e auto-estima, saber quem é (auto-conhecimento) e a ter respeito por si próprio (auto-respeito), no contexto social em que se movimenta. Neste sentido, o indivíduo deveria ser capaz de alcançar bem-estar e estaria preparado para pensar por si próprio, tomar as suas decisões e fixar metas realistas. Para este autor, a primeira meta da E.P.S. é a da *personalidade*; por isso, salienta na elaboração dos

programas o domínio afectivo (atitudes, valores e sentimentos) como abordagem principal. Sem dúvida que, a Escola constitui um espaço e tempo privilegiado para orientar as atitudes e valores, no sentido positivo da vida humana, ao longo de toda a escolaridade de cada aluno(a). No entanto, é preciso também distinguir a E.P.S. da outra educação que ocorre na escola e compreender o contexto escolar, perspectivado numa dimensão ética, do valor da saúde.

Muitos dos problemas éticos estão relacionados com o facto da saúde constituir uma parte do todo do estilo de vida individual–familiar–comunitário; por conseguinte, uma intervenção de educação para a saúde na escola, pode provocar uma ruptura ou discórdia entre a criança e o seu estilo de vida actual (Downie & Fyfe, 1990). Em todo o caso, os educadores de saúde têm de acreditar que existem atitudes correctas ou mais certas do que outras, ao nível individual e social, pelo que, devem ser seguidas e respeitadas aquelas que constituem comportamentos saudáveis: *Our view is that health education and health promotion are activities committed to a certain philosophy of the nature of the self and what makes it flourish, and to views of a well-ordered society. No doubt there are a large number of acceptable ways of living one's life, all of which will lead to the flourishing of human personality, but not every way is equally acceptable in health education.* (Downie & Fyfe, 1990, 133). No domínio da saúde é preciso juntar o útil, o agradável e o éticamente correcto.

Uma outra focagem pode ser realizada quando se considera a população em geral; neste domínio, o que é importante e vem em primeiro lugar, é o conhecimento do comportamento. Nesta perspectiva, somos

transportados para a saúde pública onde a meta principal da E.P.S. é o bem-estar da nação e a redução das doenças que se podem prevenir, das incapacidades e da morte.

O tempo e a experiência têm contribuído para o aperfeiçoamento da definição; Greene e Kreuter (1991) consideram a E.P.S. *como qualquer combinação de experiências de aprendizagem, realizada de forma a predispor, capacitar e reforçar o comportamento voluntário que promove a saúde dos indivíduos, grupos e comunidades*. (Greene & Kreuter, 1991; cit. Russel, 1996, 5). Salientando-se a mudança voluntária, a E.P.S. fica distinta de actividades como a propaganda, a manipulação, a coacção, motivações políticas ou comerciais, ameaças ou paternalismo.

O principal objectivo da E.P.S. consiste em promover alterações positivas nos comportamentos de saúde, definidos geralmente como o padrão de conduta observável, *as acções e hábitos que se relacionam e conduzem à manutenção, cura e melhoria de saúde* (Russel, 1996, 6).

A E.P.S. consiste numa série de passos, que podem ser formulados através de questões, que darão origem a um programa. Em particular, esta educação valoriza a motivação para a saúde (Quadro 7), foca a sua atenção no processo de decisão por comportamentos salutareos e na sua respectiva manutenção (Kok, 1988).

Uma das razões que pode levar a um fracasso de um programa de educação salutar, diz respeito ao domínio da manutenção de comportamentos. A E.P.S. tem como base a motivação e só pode alcançar o êxito quando consegue motivar as pessoas a comportarem-se de maneira diferente, isto é, no sentido da saúde. As teorias da atribuição, nomeadamente

a de Weiner, defendem que as pessoas atribuem as causas do seu êxito ou fracasso a elas próprias ou aos outros, em termos de interno–externo, estável–instável, e controlável–incontrolável. Este último, é muito importante para a E.P.S., por exemplo, quando um indivíduo pára de fumar ou perde peso, faz uma atribuição e quando deseja mudar um comportamento, necessita de ter controlo sobre a situação.

**QUADRO 7 – MOTIVAÇÃO PARA A SAÚDE**

QUESTÕES	ETAPES	DIDCIPLINAS DAS ETAPES	DETERMINANTES DO COMPORTAMENTO
Qual a importância do problema de saúde e qual a sua relação entre este problema e o comportamento humano?	1. Análise do problema.	Epidemiologia, medicina, biologia, psicologia e sociologia.	ATITUDE
Quais são as causas ou as determinantes desse comportamento?	2. Determinantes comportamentais.	Psicologia (em especial a psicologia social), sociologia e economia.	INFLUÊNCIA SOCIAL
Como podemos influenciar este comportamento, motivando os indivíduos a comportarem-se de outro modo, num sentido mais saudável?	3. Intervenção comportamental. (MOTIVAÇÃO)	Psicologia social, ciência da comunicação, lei.	POSIBILIDADES E IMPOSSIBILIDADES DO COMPORTAMENTO EM QUESTÃO
Qual é o efeito da intervenção e quais são as razões do seu êxito ou fracasso?	4. Avaliação.	Metodologias, estatísticas e informática.	
<b>PROGRAMA DE E.P.S.</b>	1. OS INDIVÍDUOS TOMARAM CONHECIMENTO DA MENSAGEM 2. A MENSAGEM É COMPREENDIDA. 3. A MENSAGEM É ACEITE 4. O AMBIENTE SOCIAL APOIA A MUDANÇA. 5. AS PESSOAS TÊM COMPETÊNCIAS OU OPORTUNIDADE DE SE COMPORTAREM DO MODO DESEJADO. 6. O NOVO COMPORTAMENTO TEM O EFEITO DESEJADO.		

A E.P.S. tem funções únicas, específicas e importantes consoante se trate de uma promoção de um comportamento específico ou de cada uma das fases de prevenção, tendo em consideração uma psicopedagogia de saúde. Por conseguinte, a E.P.S. como processo exige a participação de

profissionais oriundos de meios distintos, formação variada e sempre actualizada, no âmbito das ciências sociais e do comportamento, educação, comunicação e saúde pública.

A elaboração de um programa de E.P.S. implica conhecimentos sobre comportamentos e factores que produzem a mudança, pelo que, são construídos tendo como referências as contribuições científicas da psicologia, sociologia, antropologia, comunicação e *marketing* (Russel, 1996).

A teoria da E.P.S. (Quadro 8) tem como ponto de partida ao nível do comportamento individual de saúde o Modelo de Crença de Saúde de Rosenstock apresentado na década de 50; a teoria da Acção Racional desenvolvida por Fishbein e Ajzen dos anos 70 e 80; e o Modelo do Processamento de Informação (ou Estratégia para a Aprendizagem da Mensagem).

Ao nível do comportamento interpessoal de saúde apoia-se na Teoria da Aprendizagem Social; no que respeita à intervenção com grupos ou na comunidade tem como suporte teórico a Teoria Sobre as Fases de Adopção e Difusão das Inovações de Rogers (1983), o *Marketing* Social e trabalho Comunitário (desenvolvimento local, planeamento social e acção social).

A partir da investigação que tem sido desenvolvido no âmbito da E.P.S. têm surgido outras formas de conhecimento/acção, que têm permitido uma melhoria do planeamento e execução das tarefas implementadoras de comportamentos salutareos. O modelo PRECEDE é um desses casos, já que, permite uma visão integradora das torias perspectivadas para os domínios individual, interpessoal e comunidade/população. PRECEDE é uma sigla que

significa *presidir*; *reforçar*; *capacitar*; *causas*; *diagnóstico* e *avaliação educacional* e foi desenvolvido por Green e seus colaboradores em 1980.

QUADRO 8 – TEORIA DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

NÍVEIS DE INTERVENÇÃO DA E.P.S.	TEORIA/ MODELO	CONTRIBUIÇÕES DAS TEORIAS PARA A E.P.S.
COMPORTAMENTO INDIVIDUAL DE SAÚDE	MODELO CRENÇA DE SAÚDE (Hochbaum & Rosenstock)	Tem como base a teoria das expectativas e valores e procura compreender porque é que uma pessoa age de forma a evitar ou a controlar uma situação de saúde/doença, analisando o processo a partir das seguintes componentes: percepção da susceptibilidade; percepção da gravidade; percepção dos benefícios, percepção de obstáculos e outras variáveis como diversidades demográficas, sócio-psicológicas e estruturais que num dado momento podem influenciar indirectamente a relação saúde-comportamento.
	TEORIA DA ACÇÃO RACIONAL (Fishbein & Ajzen)	Especifica a relação entre opiniões, atitudes e comportamentos através de uma forma matemática. Valoriza a intenção pessoal considerando que todos os outros factores do comportamento se encontram na sua dependência. As intenções de uma pessoa podem ser previstas se identificadas, é preciso conhecer a sua atitude(sentimentos) e a norma subjectiva (percepção das pressões sociais).
	MODELO DO PROCESSAMENTO DA INFORMAÇÃO	Valoriza a mensagem em todo o seu percurso, considerando a fonte, o conteúdo, o canal, e o receptor, bem como o mecanismo de retroacção.
COMPORTAMENTO INTERPESSOAL DE SAÚDE	TEORIA DA APRENDIZAGEM SOCIAL	Focaliza-se sobre o comportamento humano, factores pessoais e influências ambientais; valorizando a aprendizagem pela observação e a modelagem de comportamentos.
INTERVENÇÃO COM GRUPOS OU NA COMUNIDADE	TEORIA SOBRE AS FASES DE ADOÇÃO E DIFUSÃO DAS INOVAÇÕES (Rogers)	Analisa as fases de mudança de um comportamento a nível individual e grupal: conhecimento, interesse, persuasão, decisão e adopção.
	MARKETING SOCIAL	Aplicação dos princípios e técnicas de <i>marketing</i> para realçar a eficácia de programas construídos com o objectivo de produzir mudança social.
	TRABALHO COMUNITÁRIO	É mais um modelo prático do que uma teoria. Apresenta três categorias: desenvolvimento local, planeamento social e acção social.

O referido modelo apresenta uma série de passos que devem ser respeitados para uma melhor intervenção em E.P.S.; encontrando-se a eficácia da actuação no cuidado em construir um planeamento sistemático e realizar uma

avaliação, para verificar se os objectivos propostos inicialmente foram atingidos (Russel, 1996).

## 2.6. A PRIORIDADE DA E.P.S. NA ESCOLA

A E.P.S. é o estudo e a prática interactiva do ensino e da desenvolvimento/aprendizagem salutareis, que quando realizada na escola oferece a oportunidade única de ensinar os conceitos e os conhecimentos apropriados da saúde, em face do desenvolvimento do(a) aluno(a), em particular, possibilitando a condução eficaz *in locus* e *just in time* do seu estilo de vida, no sentido da saúde (Faria, 1998). Esta tarefa deve ser da responsabilidade de profissionais com formação em educação, comunicação e saúde, enquadrados numa equipa multidisciplinar, com vivência e assento na escola, estabelecendo relações com a comunidade circundante à instituição escolar identificada (Faria, 1998).

Uma *apologia da saúde na escola* só é possível através de uma participação activa de vários intervenientes, que envolvam a comunidade escolar e a restante comunidade, onde se encontra a instituição. Tal facto, já não constitui novidade, o Conselho das Comunidades e os Ministros da Educação reunidos no seio do Conselho (1989) referem-se a um *processo pedagógico de conjunto* que atribui responsabilidades no âmbito da E.P.S., às escolas, famílias e comunidade circundante. O que quer dizer, que só é preciso passar à acção e ter em consideração o empenho e o compromisso de todos no cumprimento dos *Deveres de uma Escola Promotora de Saúde* enunciados pela WHO (1990).



Em Portugal, temos de louvar a iniciativa do Programa de Promoção e Educação para a Saúde (P.P.E.S.) realizado pelo Ministério da Educação (1997–1999). Em primeiro lugar, porque se tratou-se de um trabalho pioneiro no nosso país, em segundo, porque não é fácil mudar comportamentos e edificar, em todos os estabelecimentos de ensino que integram o Sistema Educativo, uma Escola Promotora de Saúde. Seria interessante que um projecto deste género contemplasse, num futuro próximo, o ensino superior.

A construção de atitudes e a adopção de comportamentos favoráveis à saúde e à qualidade de vida, devem ser implementadas nas idades precoces da vida, infância e adolescência, já que, têm um efeito determinante e positivo na saúde do adulto.

Na realidade, os humanos mais jovens passam a maior parte das suas vidas na instituição escolar, por isso a Escola surge como um lugar privilegiado para a actuação da E.P.S.. No entanto, o êxito de uma iniciativa ou de um programa de promoção de saúde encontra-se relacionado com a coerência e respeito pelas práticas de saúde implementadas e observadas na instituição. Por exemplo, a cantina apresenta ementas escolares de acordo com os princípios de uma alimentação racional aprendidos pelos alunos, o lixo é colocado nos contentores, a escola está rodeada de espaços verdes cuidados, diante de um programa de promoção do não tabagismo os adultos não evidenciam hábitos tabágicos, na proximidade do estabelecimento escolar, não são vendidas bebidas alcoólicas. Para além do papel dos professores, destaca-se a participação activa dos pais e famílias, dos serviços de saúde e

da comunidade, no desenvolvimento das estratégias e implementação de promoção da saúde na escola.



A Escola Promotora de Saúde é um conceito proposto pela WHO, Conselho da Europa e Comunidade Europeia (1990) e assenta em três vertentes – existência de um currículo de E.P.S.; ambiente saudável e seguro; e dinâmica escola-meio – que devem ser compreendidas numa perspectiva global e holística. Por outro lado, como defende Natário (1995)

promover a saúde na escola implica *estar e trabalhar na escola*, para em conjunto identificar e *conseguir o que faz falta* para obter uma saúde melhor, deste modo, caracteriza-se por ser um processo contínuo, persistente e empenhado. Saliente-se ainda que, a educação deverá ser entendida numa dimensão de desenvolvimento, de qualidade e oportunidade de comunicação e não como um exclusivo fornecimento de informação sobre temas de saúde.

Na perspectiva da promoção de saúde pretende-se capacitar progressivamente os agentes do processo educativo para o desenvolvimento das dimensões curricular; psicossocial; ecológica e comunitária. Na vertente da *prevenção* procura-se defender a saúde individual e de grupo através do desenvolvimento da motivação para a saúde.

Os movimentos de mudança de mentalidades levam tempo (mas não tanto como se pensa) e geram resistências paradoxais (que não são eternas). Conforme Soria (1994, *cit.* Lampert, 1998) o(a) professor(a) deverá ser o(a) *organizador(a) de experiências académicas*, pelo que as mudanças qualitativas da educação partirão da *relação professor(a)/aluno(a)* e das interações *professor(a)/turma*, e podemos acrescentar que, neste contexto, estamos no domínio do **saber viver com saúde**.

Os agentes de educação para a saúde sejam eles especialistas, professores ou profissionais de saúde devem estar preparados não só em matéria de saúde ou práticas pedagógicas sérias mas também, em técnicas de comunicação e saber realizar um plano de intervenção (Figura 6).

Por outro lado, devem possuir formação actualizada sobre as pessoas com quem trabalham, nomeadamente, no que diz respeito às novas gerações, às escolas e ao contexto onde se inserem. Pretende-se que estejam

aptos a preparar as novas gerações a sustentar saúde ou a ultrapassar as ameaças comportamentais e ambientais a que estão sujeitas.

É claro que se parte sempre do ideal de escola, isto é, do princípio que as gerações mais velhas que habitam a instituição ou a ela estão ligadas, já estão preparadas para fazer face aos desafios da vida moderna ou que a escola é aberta e compreende o significado do verbo mudar, disponibilizando-se voluntariamente para reflectir, investigar e responder à tripla questão: **“Quais são os problemas, as necessidades e as limitações da minha escola ?”**. Os Estados Membros da Comunidade Europeia identificaram 10 áreas de interesse comum:

1. Cuidado pessoal, incluindo a higiene pessoal e a saúde dentária.
2. Saúde mental e emocional, incluindo as relações humanas, tanto a nível pessoal como geral.
3. Educação sexual.
4. Educação familiar.
5. Educação dos hábitos familiares.
6. Uso e abuso de substâncias que criam dependência (legais ou ilegais).
7. Actividade física.
8. Ambiente envolvente.
9. Educação para a segurança e a Prevenção de Acidentes, incluindo os primeiros socorros.
10. Educação do consumidor.

Numa situação ideal, cada escola estabelece um projecto para cada área em função do grupo etário; no entanto, o mais certo é continuar em fase de futuro, por causa das limitações de tempo para cumprir as exigências curriculares.

A escola pode ter como alternativa viável, estabelecer prioridades para grupos concretos de alunos, que podem ser determinadas em função de três vertentes:

- Necessidades/problemas particulares da saúde a nível local (frequência de acidentes numa classe; um problema de abuso de drogas, álcool ou tabaco; agressividade, um problema interno e/ou externo à escola).
- Etapa da adolescência e desenvolvimento sexual dos alunos e alunas.
- Atender ao que os próprios alunos querem e necessitam.

A experiência mostra que tanto o conhecimento como os hábitos relativos à saúde se adquirem de forma mais eficaz quando os professores no seu trabalho apresentaram as seguintes características:

- Demonstraram um interesse autêntico pelo bem-estar dos alunos e das alunas, sem impor o que eles devem fazer.
- São capazes de demonstrar a importância do tema no que diz respeito ao futuro das vidas dos alunos e alunas.
- Ajudam e apoiam os estudantes para que eles consigam estabelecer as suas próprias metas e actuem por si mesmos.

Compreender a Educação Para a Saúde numa perspectiva de desenvolvimento/aprendizagem de competências comunicativas de saúde, implica criar programas educacionais focados no domínio afectivo (atitudes, valores e sentimentos), considerar uma prioridade a implementação de Escolas Promotoras de Saúde.

As instituições escolares deverão disponibilizar espaços/tempos de saúde, pelo que necessitam de estar apetrechadas com as condições técnicas e humanas especializadas, de modo a permitir levar por diante a tarefa de promoção de saúde e prevenção do risco. Esta dinâmica que reclama a participação responsável do Eu e dos Outro(s) e a construção de uma consciência de saúde na suas vertentes, individual, social, comunitária e

política, é um contributo precioso para estarmos mais próximos da “Saúde Para Todos” no terceiro milénio.

## **2.7. UM POVO QUE AMA A SUA SAÚDE AMA-SE A SI PRÓPRIO**

Existe um ditado popular que diz na sua máxima que "Viver não custa, o que custa é saber viver"; neste sentido, a qualidade da existência dos humanos estará relacionada com uma sabedoria vivencial, um conjunto de práticas, de conhecimentos e serviços que só uma elite possui ou tem acesso.

Na nossa época respiramos uma atmosfera social tecnológica, virtual e de informação. A confusão instala-se com frequência e a actualização do saber deverá ser permanente, já que, pertence ao domínio dum futuro transformado rapidamente em passado.

Viver parece não depender da inspiração do poeta, da história transmitida pelos avós aos netos num ambiente tranquilo do crepitar da lareira ou da canção cantarolada num dia de festa. Cada vez mais se exigem capacidades para lidar com o dia a dia em transformação, o mundo moderno não poupa ninguém e obriga a aprendizagens constantes.

Já lá vai o tempo de se gozar um "cansaço descansado" fruto de um trabalho de projecto, que se concluiu de um modo agradável e gratificante. Hoje, os projectos sucedem-se vertiginosamente a outros projectos, adiam-se as existências de vida e esquecem-se os valores, os sentimentos, os hábitos saudáveis, as coisas simples e enriquecedoras, que podem fazer os humanos felizes. Não admira que as pessoas possam andar desorientadas, deprimidas,

em *stress* ou doentes e que recorram a pseudo-soluções que lhes agravam a curto ou médio prazo a situação em que se encontram.

Se queremos uma aldeia, vila ou cidade viva temos de nos preocupar com o bem estar dos seus cidadãos. O mundo em que vivemos tem sido um espaço/tempo de problemas que constituem um obstáculo a uma vivência feliz, destacam-se a fome, o desemprego, a droga, o alcoolismo, a depressão, suicídio, o SIDA, tabagismo, os desastres de automóvel e de mota, insucesso escolar, xenofobia, maus tratos em crianças, trabalho infantil, entre outros. Esta panorâmica coloca-nos a seguinte questão: **uma boa saúde deverá ser da responsabilidade individual ou social ?**

Em primeiro lugar podemos considerar que cada um é responsável por si próprio(a), só que nem todos são capazes de assumir essa tarefa. Por outro lado, estão implicados neste processo os cientistas comportamentais e sociais, os legisladores, os governantes, os técnicos de saúde, os educadores que procuram levar o indivíduo a escolher os comportamentos saudáveis e a evitar aqueles que põem a sua saúde em risco.

Partindo do princípio de que o nosso bem-estar não se encontra só nas nossas mãos, de que forma o Eu pode contribuir para a saúde do Outro, e vice-versa ? Tudo vai depender da história pessoal e da história socio/cultural em que o indivíduo vive.

Se quisermos realizar actividades de promoção da saúde eficazes é necessário começar por conhecer a cultura de um povo; isto quer dizer que, para saber o porquê de um comportamento individual ou como promover uma ideia de saúde é obrigatório em primeiro lugar investigar o comportamento cultural. Saber viver com qualidade encontra-se na dependência de múltiplos

factores destacando-se, neste contexto, a postura vivencial, as crenças, representações, ideias, projectos, sonhos, valores, práticas, técnicas, interesses e conhecimento/aprendizagem facultados ou procurados.

A eficiência da promoção de saúde depende do conhecimento/reconhecimento *in locus* da cultura de um povo. Saber o porquê de um comportamento individual exige a realização de uma investigação sobre o comportamento socio-cultural de um povo, região ou comunidade.

A comunicação considerada nas suas duas vertentes intra- e inter-individual, circunscritas à vivência de saúde, considera o *feedback* que se estabelece entre o próprio EU e o EU↔OUTRO. Ambos se constituem como produtores de saúde, pelo que têm algo a dizer e a fazer pela construção do nosso e do seu próprio bem-estar. Por conseguinte, implicados na tarefa da saúde para todos encontram alguns obstáculos, nomeadamente o da motivação para a saúde. Para ultrapassar a carência de uma motivação intrínseca para comportamentos saudáveis é preciso criar intervenções no sentido de providenciar a motivação extrínseca ou o reforço. Por conseguinte, só através de um esforço conjunto de especialistas dos vários domínios da ciência e da sua capacidade de cooperar com a equipa multidisciplinar, se pode levar até ao fim o trabalho iniciado. Encontram-se implicados os educadores, técnicos de saúde e dirigentes a quem se sugere a construção real do seguinte *slogan* (Faria, 1996): **UM POVO QUE AMA A SUA SAÚDE AMA-SE A SI PRÓPRIO.**

Se a saúde que temos hoje é em parte algo legado pelo passado então a saúde que temos no futuro é também o resultado do nosso estilo de vida do presente. Tomar consciência desta situação parece ser vital. Se



aceitamos que este pensamento está correcto é bom que nos preocupemos com o modo como vivemos o dia de hoje, pois somos responsáveis não só pelo nosso amanhã, mas pelo dos futuros cidadãos do planeta azul.

A saúde é um indicador de bem estar, já que, quem (indivíduo, família, grupo social ou um povo) a possui sentir-se-á mais forte para alcançar os seus objectivos. Por outro lado, é preciso ajudar aqueles que descuidam a sua saúde ou enveredam por um comportamento de risco; proporcionando-lhes momentos de aprendizagem/desenvolvimento facilitadores de uma vida mais feliz.

A *Saúde Para Todos* (Health for All, WHO, 1996) quer dizer, criar condições de forma a que as pessoas usufruam, durante as suas vidas, do respeito de um direito fundamental, por conseguinte, tem como base o seguimento de valores que defendem:

- O reconhecimento do direito universal da saúde.
- A aplicação da ética de saúde, investigação e provisão do serviço.
- A incorporação de uma perspectiva do sexo nas políticas de saúde e estratégias a serem adoptadas.

Nos últimos 50 anos têm sido desencadeados esforços para se obterem **ganhos de saúde**. A prevenção de algumas doenças reduziu grandemente a mortalidade na infância e hoje as pessoas vivem mais tempo. Existe uma preocupação em manter a saúde central no desenvolvimento e os ganhos de saúde podem ser observados nas actividades facilitadoras do acesso universal à qualidade dos cuidados de saúde e da equidade de saúde entre e com os países.

No entanto, outros problemas surgem: o aumento da pobreza; o aumento dos indivíduos longevos e a falta da preparação da sociedade para os receber, a diminuição dos nascimentos, o aparecimento de novas doenças infecciosas. Por outro lado, assistimos a outros fenómenos como a globalização, as viagens e a migração dos povos (facilitadas pelos meios de transporte); a tecnologia; a comunicação na sociedade da informação; a publicidade e o *marketing*; que aceleraram nestas últimas décadas. Tais acontecimentos definem mudanças para o futuro e obrigam a novas estratégias de actuação.

A investigação e a praxis em Psicologia da Saúde constituem um contributo de peso para a construção de ambientes de bem-estar individual e social. Se os doentes devem saber lidar com a sua doença até encontrarem o estado de saúde, os saudáveis são estimulados a manterem o seu estado de equilíbrio dinâmico salutar. As várias personalidades a caminho do próximo século são a riqueza maior do planeta azul. Para desenvolver seres humanos saudáveis é preciso ensiná-los a tomar opções de vida equilibradas e promotoras de bem-estar, daí a importância de uma Psicologia da Saúde e de uma Educação para a Saúde.

Ligar a Educação á Saúde ou vice versa, é uma tarefa que implica a participação de vários especialistas e uma multiplicidade de espaços/tempos de desenvolvimento que apostem na qualidade de vida dos cidadãos, que permitam aos seres humanos caminhar no sentido do bem-estar. Martins d'Oliveira no seu livro *Educação ou Barbaria?* de 1998, propõe para este fim de século, que *as pessoas devem estar na primeira linha das nossas preocupações* (1) e consequentemente, *As causas e os ideias do humanismo e*

*da democracia são chamados ao centro dos acontecimentos.*(30). Neste campo, “ensinar a prevenir, “ensinar o valor da saúde”, “ensinar a resolver problemas” é uma forma da escola (do ensino pré-primário ao ensino da longevidade) participar mais activamente na construção da personalidade de cada aluno(a) com maior eficácia (Faria, 1998, 1999, Faria & Gonçalves, 1999).

Queremos estabelecer a ponte entre a *Saúde Para Todos* e a *Educação Para Todos*, ir ao encontro do *Bem-estar Para Todos*. Por conseguinte, a grande aposta é colocada na promoção da saúde e na acção preventiva, que numa perspectiva de Educação e de Psicologia passa a ter um novo entendimento: *Assim, não só se verifica um deslocamento da acção preventiva de um registo centrado no binómio comportamento aprendizagem, como se tematiza a actuacção preventiva no contexto mais amplo das características e propriedades específicas dos ambientes e sistemas sociais* (Negreiros, 1998, 47). Consequentemente, é preciso desencadear esforços para proporcionar a génese de saúde, distante do recurso a *intervenções selvagens* (alguém – indivíduo ou grupo – que faz alguma coisa, com boa vontade, mas sem preparação para o fazer) e longe das *operações relâmpagos*.

Queremos apostar na qualidade no mundo da saúde, pelo que qualquer intervenção deverá ser preparada com o devido cuidado, tendo em conta a população alvo, a participação activa e continuada de uma equipa multidisciplinar de especialistas. A educação pode dar um enorme contributo à saúde do indivíduo ou duma população, quando se preocupa com a formação contínua actualizada ou o ensino de *lifestyles, life skills* e *decision-making skills*

de uma personalidade, contextualizada individualmente, em grupo ou na comunidade.

Conforme Brockman (1998) a cultura emergente, isto é, *A terceira cultura assenta no trabalho experimental e nas especulações teóricas de cientistas e outros pensadores do mundo empírico que têm vindo a ocupar o espaço dos intelectuais tradicionais no esclarecimento do sentido mais profundo da vida, redefinindo quem somos e o que somos.* (13) e continua afirmando que, *O apelo crescente aos pensadores da terceira cultura não se deve apenas à sua capacidade para comunicarem através da escrita; aquilo a que tradicionalmente se chamava “ciência” tornou-se hoje a “cultura pública”.* (...) *A natureza humana não muda muito; mas a ciência sim, e essa mudança cresce, alterando irreversivelmente o mundo”. Vivemos hoje numa época em que a maior mudança é o próprio ritmo da mudança. A ciência tornou-se um assunto de primeira página.*(14). Hoje todas as questões da ciência afectam a vida de todas as pessoas do planeta, por isso, o autor realça o papel do intelectual enquanto comunicador e publicista, já que, não são apenas pessoas detentoras do saber, mas personalidades com poder de síntese, que modelam o pensamento da sua geração.

A ciência e o conhecimento sobre saúde têm de chegar ao povo. Os investigadores traduzem a linguagem científica para uma linguagem acessível à população visada, esta intervenção tem como objectivo o desenvolvimento das suas cognições e consequente práticas estabelecidas, de modo que, a conduta observada nas pessoas esteja de acordo ou em conformidade com o avanço das ciências da saúde. Por isso, é tão importante uma abordagem pluridimensional da saúde e a valorização das técnicas de

comunicação que conduzem à motivação para a saúde. O presente e o futuro estão comprometidos com esta dinâmica e o entendimento da personalidade ou da população saudável passa por um esforço em ganhos de saúde.

Num mundo em mutação acelerada os especialistas em saúde encontram-se sempre a trabalhar no limiar da realidade. No infinitamente pequeno ou no infinitamente grande, todos os cidadãos são chamados a participar activamente na promoção da saúde e na prevenção do risco ou doença. Que nenhum conhecimento ou prática sejam esquecidos se podem contribuir para o desenvolvimento da saúde de um indivíduo, de um povo, de um planeta ou de uma galáxia. Por isso, é importante uma abordagem bio-psico-sócio-cultural; pois, só através da partilha de conhecimentos e do trabalho de uma equipa multidisciplinar identificada e com sentido de responsabilidade, é possível conhecer e dominar o real, bem como estar presente no futuro.

## **CAPÍTULO 3**

# **FONTES DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO**

No próximo milénio queremos construir humanos que percepcionam mais felicidade e bem-estar psicológico. Por conseguinte, é preciso contextualizá-los na época e no ambiente, compreender as fontes de satisfação das suas vidas, para melhor poder orientar os homens e mulheres para o caminho da saúde. Conhecer o porquê das pessoas perspectivarem a sua vida num sentido positivo ou negativo, quer na sua componente emocional ou afectiva, quer na sua componente avaliativa ou cognitiva, tem suscitado o interesse dos investigadores que estudam, desde há longa data, a felicidade, o bem-estar objectivo, o bem-estar subjectivo ou psicológico, a qualidade de vida e a satisfação com a vida. Os conceitos encontram-se de tal modo interrelacionados, que é difícil falar de um sem ter que referir os outros.

### **3.1. FELICIDADE**

Grande parte do mistério da felicidade está ligado ao temperamento e à atitude de um indivíduo, bem como à sua própria concepção sobre o que é a felicidade. Enquanto experiência subjectiva e pessoal este conceito encontra-se relacionado com preferências individuais, emoções, comportamentos, representações, valores, conhecimentos, sentido de humor, capacidade de expressar sentimentos positivos e perspectiva filosófica da vida.

Os filósofos e os moralistas de todas as épocas consideram como meta última das aspirações humanas ou verdadeira vocação de todo o ser humano alcançar a felicidade. António Bolinches no seu livro *A Felicidade Pessoal* de 1995, cita várias ideias de outrora que constituem o espelho da atenção dedicada ao tema, por exemplo: Maomé sentencia que *ao lado da dificuldade está a felicidade*; Erasmo de Roterdão afirma que *a felicidade consiste principalmente em conformar-se com a sorte*; Jean-Jackes Rousseau defende que *ninguém pode ser feliz, se não se apreciar a si próprio*; Ortega Y Gasset vai pelo antónimo, *a infelicidade é a diferença entre o que sou e o que quero ser*; Emmanuel Kant refere que *A maior felicidade do homem é ser ele o seu causador, gozando aquilo que ele próprio adquiriu*.

A partir destas concepções sobre um assunto que sempre interessou e ocupará, eternamente, um lugar de destaque na vida dos humanos, Bolinches coloca-nos uma proposta revolucionária, para melhorar a qualidade de vida das pessoas: uma revolução interior, ou seja, *O que determina a felicidade não é o rendimento per capita nem o sistema político, mas sim a harmonia íntima do ser humano consigo próprio e com o mundo que o rodeia*. (Bolinches, 1995, 1). Na dialéctica interna da felicidade o autor considera os *facilitadores* (realização pessoal, amor harmonioso, congruência interior) e os *dificultadores* (sentimento de inferioridade, vazio afectivo, sentimento de culpa), e consequentemente, no âmbito dos fenómenos vivenciais a felicidade será tanto maior, quanto maior for o número de *facilitadores*. Neste sentido, a realidade não se constitui como algo alheio à vontade, pelo que, os humanos podem contribuir, através de uma auto-

orientação da sua conduta, na determinação de acontecimentos que conduzam à felicidade.

Na opinião de Savater (1995) da felicidade só se sabe que é um tema vasto, um anseio, um ideal impossível e mais concretamente, um projecto de *inconformismo* ou seja, *nada do que nos é oferecido pode bastar*, até porque vivemos na sociedade do consumo, regida pela lei do menor esforço e pela lei do *fast and now*. Contudo adianta que *O prazer ou a utilidade ou até o bem nada significam enquanto ideias de vida se não forem referidos à felicidade, enquanto esta se obstina em não se deixar esgotar por nenhum deles, nem sequer pelo seu conjunto.*(Savater, 1995, 15). Por conseguinte, poder-se-á dizer que, qualquer que seja a faceta da existência humana, ela está (ou estará sempre) relacionada com a dimensão da felicidade.

No domínio da Psicologia, a felicidade é frequentemente definida como um estado psicológico de bem-estar ou contentamento, sentimento de prazer e alegria, favorecidos pelas circunstâncias ou pela sorte. Na perspectiva de Skinner (1953) a felicidade é um acontecimento privado, quer dizer, não é acessível aos outros indivíduos; para Freud (1910) é basicamente uma questão de trabalho e amor.

De acordo com Averill e More as ideias acerca da felicidade têm-se mantido indistintas, uma vez que o seu objecto é extenso, demasiado lato e profundo, desafiando a compreensão do seu significado (Averill & More, 1993; *cit.* Strongman, 1998). Os autores destacam três tipos de abordagem para a felicidade: *sistemas de comportamento* sociais, psicológicos (ajudam no desenvolvimento/actualização do *Self*); e biológicos; *mecanismos de aptidão*; e



*características da personalidade*. Prosseguindo a sua concepção sobre o assunto focado, avançam cinco vertentes do estudo da felicidade:

- (1) A felicidade está associada a um funcionamento óptimo dos sistemas de comportamento (os indivíduos procuram-na mas não só por si mesma).
- (2) Os sistemas estão hierarquizados e ordenados de modo que a felicidade recebe informação a partir de níveis inferiores e conteúdo a partir dos superiores.
- (3) Está intimamente associada a sistemas ligados à ordem social, pelo que envolve valores.
- (4) Implica com frequência um compromisso no sentido de que um sistema pode ter de ser sacrificado em proveito de outro (o biológico ser menos respeitado do que o social ou o psicológico, por exemplo).
- (5) É um assunto individual, tendo cada pessoa uma tendência ou capacidade para ela (mesmo que a felicidade seja avaliada de forma objectiva, permanecerá sempre uma construção subjectiva ou individual).

Nesta perspectiva, os mecanismos de aptidão estão interrelacionados com a dinâmica interna da felicidade ou de qualquer outra emoção, onde a motivação intrínseca e extrínseca parecem desempenhar um papel importante na construção da felicidade.

Ao longo dos tempos os investigadores têm encontrado *variáveis* importantes que promovem a felicidade, tais como: amor (apaixonar-se ou sentir-se apaixonado), casamento (relação íntima satisfatória), sexo, crianças, exercício, saúde, amigos, humor, educação, trabalho, escolha vocacional, salário, reconhecimento, êxito, independência, valores pessoais e comunidade envolvente (Maslow, 1943; Diener, 1984; Sternberg, 1988; Ferreira, 1991; Davidhizar & Vance, 1994; Pettijohn II & Pettijohn, 1996; Musschenga, 1997).

Nos anos 80, Michalos (*cit.* Strongman, 1998) a propósito dos mecanismos extrínsecos da felicidade, considera as diferenças entre aquilo

que se deseja/aquilo que se possui; o real/o ideal; as condições reais/as esperadas; as condições reais/as melhores anteriores; e entre os atributos pessoais/os do ambiente. Contudo, as teorias “da diferença” dão uma explicação empobrecida do real. Por conseguinte, a abordagem de Averill e More, valorizando os mecanismos da personalidade ou os traços, e mais em concreto, a relação dinâmica que se estabelece entre as condições em que a felicidade interage com traços específicos da personalidade, surge como uma perspectiva mais abrangente do real psicológico (Strongman, 1995). A felicidade perspectivada num sentido dinâmico, em construção e movimento, considera o *funcionamento óptimo dos sistemas de comportamento*.

A felicidade pode ainda ser compreendida como uma reflexão sobre a **satisfação com a vida** ou como a **frequência** e a **intensidade das emoções positivas**, daí que possa ser considerada a partir de quatro vertentes (Argyle, 1987):

- (1) Satisfação com a vida (global e nos diferentes domínios).
- (2) Alegria.
- (3) Angústia (ansiedade e depressão).
- (4) Saúde (que se encontra relacionada com as anteriores).

De acordo com o autor, os *outros*, o *trabalho* e o *lazer* constituem os três principais domínios da satisfação com a vida, que é por sua vez afectada pelas circunstâncias actuais em que o indivíduo se encontra. Por exemplo, o casamento, a vida familiar, os amigos ou qualquer outro relacionamento social constituem as grandes fontes de satisfação da vida dos indivíduos, que os afectam realmente.

A felicidade também se encontra relacionada com a cultura, por exemplo, num estudo efectuado por Inglehard na década de 80, onde participaram 170 000 pessoas de 16 países, verificou-se que depois de um ano os dinamarqueses, suíços, irlandeses e holandeses sentiam-se mais alegres que os franceses, gregos, italianos e alemães (Ingleard, 1990; *cit.* Davidhizar & Vanc, 1994). Os autores observaram que a riqueza de um país está moderadamente correlacionada com o bem-estar das pessoas; mas, por outro lado, a felicidade depende mais da atitude manifestada por cada indivíduo em *relação às coisas* do que em *ter coisas*. Quer dizer, que *ter mais do que o necessário* pode constituir um obstáculo à felicidade dos seres humanos, quer se tratem de crianças ou adultos.

Argyle e Furnham (1983) utilizando uma pequena amostra de ingleses, encontraram *três dimensões de satisfação com a vida*:

- *Material/Ajuda clara e evidente* (em primeiro lugar encontramos a esposa como grande fonte de satisfação, depois os familiares mais próximos e amigos e por último, os colegas de trabalho e vizinhos).
- *Apoio emocional* (inclui o grau de confiança, revelação e utilização do outro como confidente).
- *Partilha de interesses – grau de preocupação com o outro* (Brim, 1974; Crandall, 1984).

De um modo geral, as pessoas felizes apresentam uma personalidade caracterizada por um temperamento sustentado em emoções positivas como alegria, boa disposição, extroversão e têm aptidões para lidar

com as preocupações ou problemas que surgem no seu quotidiano, de uma forma adequada (Davidhizar & Vance, 1994).

Existem indivíduos que são claramente deprimidos e outros que são consistentes no seu humor positivo, quem são estes últimos, que saem tão fortalecidos do o seu modo de encarar a vida? As pessoas felizes, isto é, aquelas que conseguem sempre descobrir o lado bom dos acontecimentos da vida quotidiana (o lado branco), por mais difíceis que eles sejam. A esta dinâmica optimista de encarar a vida foi descrita com o *pollyanna principle* (Argyle, 1987) ou o princípio de Poliana, da história infantil de uma menina órfã que gostava de *brincar de contente*.

Headey e Werain (1986; *cit.* Argyle, 1987) realizaram um estudo com 600 estudantes australianos, em 1981, 1983 e 1985, e chegaram à conclusão que a extroversão predispõe os indivíduos, em particular os jovens, a viver acontecimentos favoráveis, especialmente no domínio da amizade e do trabalho, o que lhes proporciona um elevado nível de bem-estar e, consequentemente, incremento de extroversão.

O humor positivo produz pensamentos positivos, aperfeiçoa a recordação de acontecimentos positivos, melhora a criatividade e a resolução de problemas, aumenta o comportamento de ajuda e o vínculo aos outros, já que, um bom humor parece proporcionar avaliações positivas sobre os outros (Davidhizar & Vance, 1994). Por exemplo, estabelecer um estilo de rir estável pode ser muito positivo para a vida de uma personalidade: *Maintaining a balance in life often is easier a sense of humor, a belly laugh or two, and a genuine interest in a health and happiness.* (Davidhizard & Vance, 1994, 42).

Nem todas as pessoas conseguem expressar a sua felicidade, fazer com que elas o façam não é tarefa fácil. Levar um indivíduo a transpor um acontecimento que faz parte do domínio privado, para um evento observável e público pode constituir uma tarefa útil e importante a ser realizada por especialistas (Invancic, Barrett, Simonow & Kiberly, 1997). Contudo, quanto tempo durarão os reforços que mantêm as demonstrações de felicidade? Green e Reid (1996) através de um programa que chamaram de programa de *Fun Time*, observaram e sistematizaram respostas emocionais positivas e negativas. Os autores conseguiram detectar nos sujeitos observados índices de respostas de “felicidade” e de “infelicidade”, o que nos remete para uma avaliação e desenvolvimento da expressão deste constructo.

Grande parte das investigações mostraram que os relacionamentos sociais são a maior fonte felicidade, de bem-estar, de saúde e de alívio da depressão (Fogel, 1993). Os maiores benefícios resultam do casamento e de relacionamentos íntimos estáveis, confidentes e de apoio. As relações gratificantes aumentam a felicidade gerando a alegria, constróem uma rede de apoio e proporcionam a partilha de experiências agradáveis, por isso são esbatedoras de *stress*.

Diener (1984) para além de ter encontrado variáveis relacionadas com a promoção de felicidade, tais como: amor, casamento, salário, reconhecimento, êxito, independência, valores e envolvimento na comunidade; os seus estudos mostraram que as pessoas felizes são enérgicas, decididas, criativas, sociáveis, positivas, confiantes, amadas, responsáveis e ainda, conseguem tolerar bem a frustração e ajudam os outros. A máxima “*crianças felizes, tornam-se adultos felizes*” tem todo o sentido, uma vez que a

aprendizagem e o desenvolvimento precoce de um *estilo de vida equilibrado* (EVE) permite a solidificação de estilos de vida de saúde.

O EVE tem a ver com uma partilha de relacionamentos gratificantes, boa dieta, sono adequado, trabalho intercalado com férias e tempo para actividades de lazer (Lu & Argyle, 1994), métodos eficazes de resolução de problemas e uma filosofia de vida optimista, são bons indicadores de bem-estar. A partir daqui, a medida de acontecimentos de saúde é central para o desenvolvimento de serviços de saúde dinâmicos e actuais (Hopton *et al*, 1995).

Relativamente à perspectiva temporal, Ivancic, Barrett, Simonow e Kimberly (1997) sugerem que a felicidade ou os índices de felicidade são provocados por estímulos espaço/temporais; estes surgem num determinado momento da vida ou em vários momentos desta, mas não de uma forma contínua, duradoura ou eterna. A felicidade que uma criança sente ao comer um gelado é diferente da do adulto. Os motivos, as sensações e os reforços já não são os mesmos. Assim, a felicidade surge como um estado pontual dependente de estímulos pontuais.

Pesquisas realizadas por Myers e Diener (1995) mostraram que a felicidade e o bem-estar subjectivo não estão directamente relacionados com variáveis como a idade, o sexo ou o estatuto económico; no entanto, as pessoas felizes tendem a ser optimistas, a apresentarem elevada auto-estima e auto-controlo, a estarem envolvidas em relações íntimas satisfatórias (casal) e tendem a apresentar uma forte fé religiosa.

No que diz respeito ao ambiente micro e macro social, por certo, a sua influência é marcante. Na construção de uma personalidade, factores como

a saúde, qualidade de vida, a riqueza e a educação, numa família, comunidade ou país, podem causar efeito no temperamento de cada ser humano. Conforme Davidhizar e Vance (1994) a felicidade é uma experiência subjectiva e individual, que depende não só da definição pessoal do conceito mas, também, das preferências individuais, emoções, atitudes e aptidões. A este propósito, Musschenga (1997) refere a importância do sujeito para alcançar qualidade de vida (QDV) isto é, valoriza-se a capacidade que o indivíduo tem para saber lidar com as situações do seu dia a dia, sejam elas boas ou más, de modo a criar o seu comportamento, no sentido que melhor se ajuste ao seu novo *plano de vida* (actualização do plano de vida).

Conforme Diener (1984) o bem-estar subjectivo está relacionado com o elevado controlo interno (crença de que os acontecimentos estão sobre o seu controlo). Poderemos inferir que a felicidade resultante de experiência de acontecimentos positivos pode produzir emoções positivas, humores positivos pelo que, se pode esperar um aumento de satisfação de vida e um elevado bem-estar subjectivo. E ao mesmo tempo um controlo de felicidade.

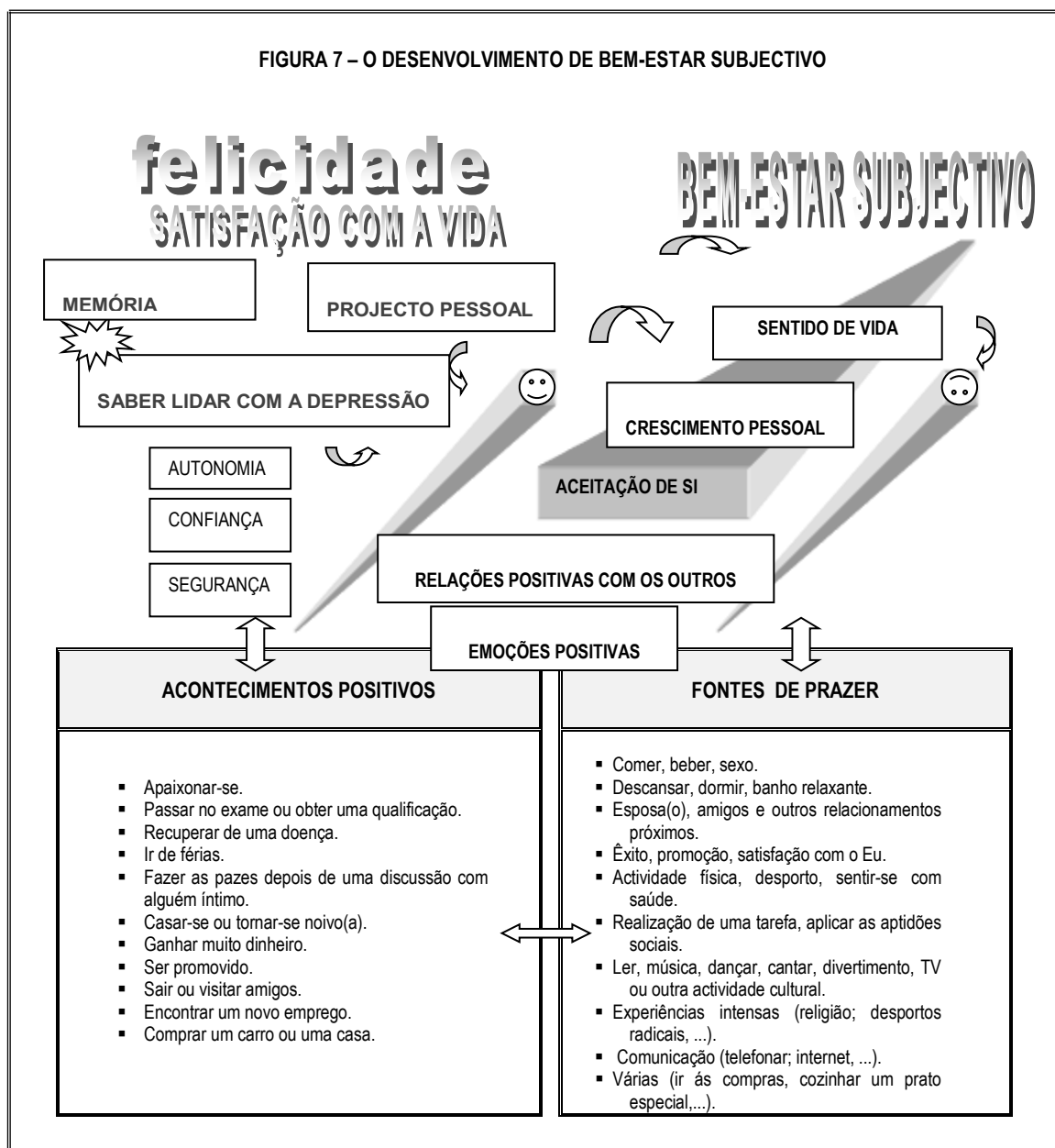
A depressão, que é frequentemente precipitada por acontecimentos de vida de *stress*, tais como viuvez, divórcio, ser despedido, problemas com a polícia, doença-saúde de um familiar, perder um relacionamento social (Albuquerque, 1987), podem por em causa o estado de felicidade ou bem-estar em que o indivíduo se encontra. E ao mesmo tempo uma perda de controlo de felicidade.

Os processos cognitivos, as concepções antecipatórias, o optimismo, são responsáveis pelo ajustamento das expectativas adequadas sobre a vida possibilitando a esperança e a construção da felicidade,

proporcionando a estabilidade do bem-estar (estado de equilíbrio salutar). Isto quer dizer que, de certa forma, o sujeito pode ser agente da sua felicidade e do seu bem-estar; o que conduz a uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem de comportamentos de felicidade. E porque não, *uma educação para a felicidade*.

Na Figura 7 podemos observar uma tentativa de síntese do que foi dito anteriormente e, ao mesmo tempo, uma possível representação da complexidade das conexões felicidade↔bem-estar subjectivo↔satisfação com a vida estabelecidas entre as três dinâmicas. Na realidade, é muito difícil falar de um constructo sem referenciar os outros, até porque, os três conceitos, caso estejam orientadas num sentido positivo da vida humana, podem constituir um bom indicador de qualidade de vida. Podemos ainda adiantar um pressuposto, a felicidade pode ser estudada como um *traço* de personalidade (ser feliz) e como um *estado* (estar feliz). No primeiro caso, é considerada como uma predisposição, tendência ou aptidão para a construção e desenvolvimento pessoal de felicidade; no segundo, uma percepção subjectiva dos acontecimentos de vida num determinado momento do seu percurso existencial.





### 3.2. BEM-ESTAR SUBJECTIVO

Nos últimos tempos, a Psicologia passou a prestar mais atenção à diversidade de expressões e de sentimentos sobre a felicidade apresentados pelas pessoas, considerando este tema uma dimensão especial do comportamento humano; pelo que o traduz sob a forma de constructos, de que

são exemplo a *felicidade*, o *bem-estar objectivo*, o *bem-estar subjectivo* ou psicológico, a *qualidade de vida* e a *satisfação com a vida* (Lu, 1995; Ferreira & Simões, 1999).

Cada indivíduo em conformidade com os seus pontos de referência e de pertença sobre o bem estar ideal e o possível, realizará uma interpretação espaço/temporal do real social que o envolve e das suas vivências, estabelecendo uma conjuntura de bem-estar subjectivo. Desta forma, podemos definir bem-estar subjectivo como *a maneira positiva ou negativa como as pessoas experienciam a sua vida* (Simões, 1992, 503). Por conseguinte, este construto encontra-se relacionado com os conceitos de felicidade, qualidade de vida e longevidade bem sucedida, pelo que é operacionalizado através de *indicadores* (Simões, 1992):

- *Felicidade*: razão entre afectividade positiva e afectividade negativa experienciadas no tempo presente.
- *Moral*: grau de optimismo que as pessoas esperam no futuro.
- *Satisfação com a vida*: grau de contentamento da maneira como tem decorrido a própria vida

No estudo do bem-estar subjectivo podem ser consideradas duas componentes principais: a componente emocional ou afectiva e a componente avaliativa ou cognitiva. A satisfação com a vida faz parte desta última e pode ser perspectivada a partir de três vertentes: (1) *juízo subjectivo sobre a qualidade da própria vida* (padrão fixado pelo indivíduo e não por critérios externos fixados por outros); (2) *referência a aspectos positivos da própria vida* (e não à ausência de factores negativos como é o caso dos indicadores de saúde mental); (3) *avaliação global das dimensões da vida do indivíduo* (parte-

se do princípio que o indivíduo pondera de modo positivo ou negativo os seus acontecimentos de vida). A personalidade ao atribuir uma nota global à qualidade da sua existência está a realizar uma auto-avaliação do seu modo de vida de hoje, e ao mesmo tempo, a provocar uma reflexão pessoal do ontem e do amanhã.

Uma das observações empíricas mais interessantes diz respeito ao facto dos indivíduos adultos apresentarem concepções diferentes de bem-estar subjectivo (Ryff, 1989c), esta constatação permite-nos inferir que os indivíduos ao longo das suas vidas modificam os seus interesses e percebem o seu bem-estar de modo diferente.

Nos finais da década de 80, Ryff procura legitimar teoricamente o bem-estar subjectivo a partir das modernas correntes da Psicologia, baseando a sua perspectiva integracionista nas teorias do desenvolvimento (Erikson, Buhler, Neugarten), teorias clínicas do desenvolvimento pessoal (Maslow, Rogers, Allport) e nos escritos sobre saúde mental (Jahoda), resultando uma definição de seis características do bem-estar subjectivo (Ryff, 1989b; Ferreira & Simões, 1999):

- Aceitação de si – refere-se ao funcionamento positivo destacando o contributo de Maslow (conceito de auto-actualização), de Rogers (Eu como uma pessoa de valor) e de Jahoda (as atitudes positivas para com o Eu constituem um critério de saúde mental).
- Relações positivas com os outros – são compreendidas a partir de Maslow (os interesses sociais, a capacidade amor e de amizade estão presentes na auto-actualização), de Rogers (o funcionamento pleno da pessoa depende da sua confiança na natureza humana), de Allport (importância do indivíduo ter capacidade de estabelecer relações amistosas com os outros) de Erikson (os estados de

desenvolvimento adulto compreendem a capacidade de união com os outros (intimidade), bem como a responsabilidade e a orientação das gerações futuras (generatividade)) e Jahoda (um critério de saúde mental considera a capacidade de amar e estabelecer relações adequadas com os outros).

- Autonomia – caracterizada pela auto-actualização e a resistência à enculturação salienta a perspectiva de Rogers (a pessoa com funcionamento pleno tem dentro de si própria o seu locus de avaliação, pelo que, dispensa os padrões de avaliação e aprovação dos outros), de Jung (conceito de individuação – distanciação das convenções, das crenças e temores das massas), e de Jahoda (a autonomia é considerada um critério de saúde mental).
- Domínio do ambiente – de acordo com Neugarten (no desenvolvimento adulto, a meia idade é o período de excelência em que os indivíduos realizam com êxito actividades complexas nos domínios da vida profissional, familiar e pessoal) e Allport (o indivíduo maduro desenvolve vários interesses ultrapassando o âmbito pessoal, participando nos vários circuitos da actividade humana).
- Sentido de vida – salientado por Rogers (característica da pessoa que funciona em pleno), Allport (concepção filosófica unificadora da vida) e Jahoda (a integração significativa constitui um critério de saúde mental – perspectiva unificadora, que dá sentido e orientação à vida).
- Crescimento pessoal – a importância do crescimento coextensivo à duração da vida é defendida por Rogers (uma pessoa plenamente desenvolvida mostra abertura à experiência), Maslow (o processo de auto-actualização caracteriza-se por ocorrer de modo contínuo) e Jahoda (a necessidade de auto-actualização ou realização das próprias potencialidades constitui um dos critérios de saúde mental).

A vida de cada personalidade contextualizada em espaços e tempos de devir está constantemente a ser estimulada por novos desafios, que implicam tarefas de desenvolvimento e de aprendizagem, o esforço despendido na auto-actualização da própria pessoa, a disponibilidade de negociar opções e

capacidade de escolher o melhor caminho de relação do Eu e do(s) Outro(s) de modo a ter êxito em alcançar as metas pretendidas contribui para a construção pessoal do seu bem-estar subjectivo.

Na avaliação deste constructo foram levantados alguns alertas relativamente os instrumentos elaborados, uma vez que, muitos deles apresentavam algumas das seguintes lacunas: definição de saúde como ausência de doença; inexistência de quadros de referência teóricos; negativismo camuflado nas concepções de bem-estar subjectivo; ausência da perspectiva de desenvolvimento; ausência de uma concepção de bem-estar subjectivo que considere a possibilidade de mudança e construção humana nas vertentes social, histórica, e cultural; (Ryff, 1989a; Ryff & Essex, 1991; Simões; Ferreira & Simões, 1999).

Em todo o caso, os investigadores têm contribuído com um número elevado de instrumentos de avaliação psicológica do bem-estar subjectivo, nomeadamente, no âmbito dos indivíduos mais avançados na idade, como por exemplo, as da primeira geração, a *Life Satisfaction Index* de Neugarten, Havighurst & Tobin em 1961 e a *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale* de Lawton em 1975; ou mais recentes, *Oxford Happiness Inventory* (OHI) de Argyle & Lu em 1990, que avalia através de 29 itens o afecto positivo, o afecto negativo e bem-estar emocional global.

Uma das escalas mais utilizada tem sido a *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) elaborada por Diener e colaboradores em 1985. A primeira versão apresentava 48 itens, tendo sido posteriormente reduzida para 5, mostrando índices de fidelidade e validade aceitáveis. Outros instrumentos relacionam o bem-estar subjectivo com a depressão, como é o caso da

*Depression Happiness Scale* (McGreal & Joseph, 1993), que é uma medida de bem-estar subjectivo, apresentada numa versão de 25 itens, uns expressando sentimentos positivos (12 itens), outros, sentimentos negativos (13 itens), estando relacionada de modo significativo com ansiedade flutuante, ansiedade somática, depressão e histeria, e não apresenta qualquer relação com ansiedade fóbica ou obsessão (Lewis, Joseph & McCollam, 1996).

Em Portugal, a SWLS foi validada por Neto e colaboradores em 1990, apresentando um *alpha* de Cronbach de .78, e através de uma análise factorial só foi encontrado um factor. Saliente-se ainda que, a *Escala de satisfação com a vida* se encontra correlacionada com a auto-eficácia, o auto-conceito global, a maturidade psicológica e a ansiedade social. Simões em 1992 retoma a SWLS e aperfeiçoa a primeira versão portuguesa, encontra resultados idênticos ao de Neto e colaboradores (1990), inclusivé a análise da estrutura factorial encontra apenas um factor, que explica 53.1 % da variância.

Não foram encontradas diferenças significativas entre sexos nos trabalhos de Neto *et al.*(1992) e nos de Pavot *et al.* (1991). Contudo, na investigação de Simões (1992) os homens diferiam significativamente das mulheres, não era importante a interacção entre o sexo e a idade (o que não está em conformidade com os outros estudos). Mas, os indivíduos jovens adultos são diferentes dos de meia idade, talvez, porque os períodos do ciclo de vida ao representarem exigências e características específicas para quem os atravessa, levem a uma mudança das percepções de bem-estar subjectivo ao longo da vida. Por outro lado, a apreciação subjectiva do estado de saúde e da situação económica surgem como predictores de satisfação com a vida (Rudinger & Thomae, 1990; Diener, 1984; Larson; 1978; *cit.* Simões, 1992).

Em 1999, Ferreira e Simões realizam uma investigação sobre a avaliação do bem-estar subjectivo utilizando as *Escala de bem-estar psicológico* (E.B.E.P.), que apresenta para o total das EBP um *alpha* de Cronbach de .94. Os autores verificaram que a E.B.E.P. estavam relacionadas de modo positivo e significativo com a *Satisfaction Whith Life Scale* (SLS), a *Afectividade Positiva* (AP), a *Escala de Auto-Estima* de Rosemberg e a *Escala de Levenson*; e relacionadas de forma negativa e significativa com a *Afectividade Negativa* e a *Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung*.

Resolvidas as questões de ordem prática (construção de instrumentos de avaliação psicológica de bem-estar subjectivo) e teórica (perspectiva integradora de Ryff), ainda não está claro ou esclarecido o assunto da origem do bem-estar subjectivo, ou seja, que factores intrínsecos ou extrínsecos específicos podem contribuir para a construção do bem-estar subjectivo. De que fontes bebem os indivíduos para estarem satisfeitos com as suas vidas? Serão elas diferentes ao longo da vida? Qual a relação entre as fontes e as outras dimensões da personalidade? As preferencias e prioridades das fontes de satisfação com a vida terão a ver com factores sócio-culturais? Quando nos referimos ao bem-estar subjectivo falamos de um traço de personalidade ou de um estado?

As várias teorias sobre a experiência do bem-estar emocional não exploram convenientemente a dimensão das suas origens. Cada uma delas apresenta factores particulares que podem influenciar a experiência em causa, tais como: disposições da personalidade, recursos, comparações sociais, aspirações pessoais e ideais, treino emocional e o estágio final de necessidades várias ou motivos psicológicos (Strongman, 1998).

Na década de 90, os autores procuraram reunir um número considerável de teorias numa só, criando a Teoria cognitiva avaliativa da emoção de Diener e Larson (Diener & Larsen, 1993; *cit.* Strongman, 1998). Ao colocar a tónica na emoção, a avaliação dos eventos quotidianos que acontecem ao indivíduo são efectuadas pelo próprio, por conseguinte, as avaliações realizadas sofrem influências da história da sua personalidade, temperamento e aprendizagens realizadas. Dependerão ainda, da extensão em que os acontecimentos de vida se encontram em sintonia com as necessidades e objectivos; pelo que, a emoção, percebida pela pessoa ao longo do processo, proporciona uma consciência da forma como o indivíduo está a encaminhar o seu comportamento para atingir o fim desejado. Da sua análise conceptual sobre o bem-estar emocional, os autores destacam os seguintes aspectos:

1. O agrado e desagrado ao longo do tempo contribuem largamente para as avaliações do indivíduo sobre o seu bem-estar.
2. O processo é influenciado pelos acontecimentos, estado fisiológico, temperamento genético e factores de personalidade.
3. A raridade da experiência de emoções intensas no quotidiano dos indivíduos, implica que não sejam significativas na avaliação do bem-estar.
4. As pessoas aprendem a ajustar-se emocionalmente às alterações nas circunstâncias dos recursos de que dispõem.
5. Durante a maior parte do tempo os indivíduos parecem apresentar um estado geral de felicidade moderada.



6. Deve ser considerada a existência de variações culturais nas associações emocionais do bem-estar.

Diener, Diener e Diener (1995), da universidade de Illinois, realizaram uma investigação sobre os factores preditivos do bem-estar subjectivo das nações. Ao procurarem responder à questão *Quais as variáveis que interferem na capacidade dos indivíduos alcançarem as suas metas?* os autores tiveram em consideração os pressupostos que se seguem:

- Os recursos sociais ajudam as pessoas a atingirem os seus objectivos de satisfação com a vida e bem-estar afectivo, pelo que os direitos humanos devem estar relacionados com o bem-estar.
- A felicidade ou a ideia de felicidade relativiza o processo, isto é, o bem-estar subjectivo não depende só de um elevado nível de recursos em absoluto, mas da comparação com o nível passado ou com o nível dos outros circundantes e próximos.
- A saúde constitui um predictor de bem-estar subjectivo uma vez que, as pessoas que apresentam elevados recursos têm mais capacidades de realizar os seus objectivos e também porque ganhos elevados conferem um alto estatuto.

O estudo abrangeu 55 países (com uma média de 1143.4 respondentes por cada país, com um desvio padrão de 1478.4) e o bem-estar-subjectivo, definido enquanto, avaliações cognitivas e afectivas realizadas sobre os sujeitos sobre as suas vidas, foi perspectivado a partir de sete vertentes:

- (1) *nível de bem-estar ou riqueza* (saúde per capita de cada nação; ganho per capita do poder de compra dos indivíduos; satisfação das necessidades fisiológicas básicas (qualidade de água para beber, condições sanitárias, nível de calorias diárias por pessoa) taxa de mortalidade infantil, nível médio de esperança de vida;
- (2) *direitos* (violações graves dos direitos humanos; direitos civis e direitos políticos),
- (3) *crescimento de saúde*;
- (4) comparação do rendimento social (salário com enviesamento positivo, considerar como ponto de referência o salário do país vizinho);
- (5) *igualdade* (salário, longevidade e acesso à educação nomeadamente, do sexo feminino);
- (6) *individualismo – colectivismo* (relação com a possibilidade de atingir objectivos individuais no trabalho tais como tempo pessoal, liberdade, e mudança; ou áreas do colectivismo relacionadas com o objectivo do trabalho treino, utilização das aptidões e condições físicas; taxa de divórcio como indicador e causa do individualismo);
- (7) *heterogeneidade cultural* (homogeneidade cultural, diversidade étnica, separatismo entre as nações).

Portugal (N= 1 000) atingiu uma posição de 33º lugar, tendo sido colocados nos quatro primeiros, a Islândia, Suíça, Austrália e Dinamarca, e nos quatro últimos, USSR, China, Camarões, República Dominicana, respectivamente. O estudo procurou investigar características no âmbito social, económico e cultural de cada nação, chegando-se à conclusão que:

- O nível de vida, individualismo, direitos humanos e igualdade social estão relacionados entre si e correlacionados positivamente com o bem-estar subjectivo.
- Depois das necessidades básicas estarem controladas o individualismo destaca-se com uma forte ligação ao bem-estar subjectivo.
- A homogeneidade cultural e o nível de crescimento apresentam relações fracas com o bem-estar subjectivo.

A partir dos resultados obtidos os autores concluem que *This pattern suggests that efficacy in terms of meeting one's needs, and an ability to pursue one's goals may be important cross-cultural factors in achieving SWB. Income allows one to achieve material goals, whereas rights and equality mean that a greater percentage of citizens have freedom and opportunity to pursue a wide variety of goals.* (Diener, et al., 1995, 863). O bem-estar a longo termo tem como base as necessidades individuais e os desejos universais, bem como, as aptidões individuais para conseguir alcançar as metas pretendidas. No mundo moderno, o respeito pelos direitos humanos, a prosperidade material, a liberdade individual, a igualdade, evidenciam-se como as dimensões mais importantes para encontrarmos bem-estar num futuro próximo; muito mais do que, a quantidade de recursos que os outros têm ou dos recursos disponíveis no passado.

A experiência emocional e subjectiva do bem-estar não pode ser equacionada sem recorrer aos factores cognitivos, afectivos, comunicacionais, sociais, culturais e de relação, que determinam a construção da identidade de uma pessoa, a contextualizam na *atmosfera emocional* em que vive, no *clima emocional* que percepçiona ou constrói. O desenvolvimento das aptidões dum indivíduo, o respeito pelas suas escolhas, a possibilidade de viabilizar o projecto de vida, estão para além das condições materiais; têm a ver com a sociedade em que vive, com os modelos que observa, com a existência da *cultura do bem-estar*, que actua no sentido de influenciar as condutas das pessoas. Por conseguinte, o modo como nos sentimos ou como designamos o que sentimos, a auto-avaliação do bem-estar é uma expressão importante a ser considerada no estudo da personalidade e do avanço ou progresso positivo das sociedades salutareas.

### 3.3. QUALIDADE DE VIDA

Como já foi referido anteriormente (Capítulo 2) o conceito *qualidade de vida* apresenta significados diferentes consoante se trata do domínio da medicina, dos cuidados de saúde ou das ciências sociais e humanas. No primeiro caso, refere-se a situações do tipo como sobreviver a uma doença ou redução de um tumor, determinando a eficácia da intervenção médica ou a sua respectiva ponderação na decisão, no que diz respeito, ao restauro da saúde do indivíduo em termos dos anos que prolongam a vida.

Após a II Guerra Mundial, Karnofsky e Burchenal chamaram à atenção para as consequências que os tratamentos traziam para os indivíduos com cancro, em termos do seu quotidiano (Karnofsky & Burchenal, 1949; *cit.*

Musschenga; 1997). No entanto, foi no início da década de 70 que o termo QDV se tornou popular, cobrindo um conjunto de indicadores de capital importância para o *normal funcionamento* (número de actividades do dia a dia como andar, vestir, lavar-se,...) e *independência*.

A primeira geração dos estudiosos da QDV preocuparam-se com o funcionamento normal perspectivado de uma forma objectiva, através de uma avaliação de um ponto de vista externo. Ao registarem as capacidades observadas nos doentes, no que diz respeito à realização correcta das tarefas diárias, não se preocuparam em definir e medir QDV, nem nada sabiam sobre a percepção dos enfermos sobre a sua própria doença.

A partir do final dos anos 70, os cientistas sociais mostraram o seu interesse pelo assunto e dedicaram-se a responder às questões metodológicas que estavam por responder, no âmbito da definição do conceito QDV e métodos de avaliação. Destaque particular para o livro de Campbell, Converse & Rodgers, *The Quality of American Life* em 1976, onde fazem referência à avaliação do conceito considerando a componente *subjectiva* e *experiência de vida*. Os autores situaram as circunstâncias objectivas e respectiva satisfação enunciada pelos indivíduos, das correlações encontradas destacam-se a saúde (.66), os amigos (.40), o rendimento (.25) e a educação (.23) (Campbell *et al.*, 1976; *cit.* Argyle, 1987). Por conseguinte, no domínio da investigação médica deparamo-nos com duas dimensões do conceito, que implicam métodos de avaliação diferentes de QDV : *objectivo* (normal funcionamento) e *subjectivo* (satisfação global).

A linguagem da qualidade de vida voltou-se para o tratamento e seus efeitos, médicos e não médicos. Nos vários contextos de tomada de

decisão médica, existem dois que se destacam (Musschenga, 1997): (1) avaliação comparativa da eficácia dos tratamentos alternativos (hemodiálise e transplantação do rim) em geral, e os casos individuais (escolha entre diferentes tipos de tratamentos para cada doente); (2) decisões entre iniciar uma medicação ou prevenir uma vida sustentada por tratamentos. Daqui, surgem três tipos de conceitos sobre qualidade de vida: (a) grau de funcionamento normal; (b) satisfação com a vida; (c) nível de desenvolvimento humano.

Normalmente, as decisões médicas vão no sentido do prolongamento de vida, contudo, nem sempre mais anos correspondem a uma vivência dignificadora da existência humana. Nesta situação, a escolha a ser feita encontra-se entre *um tratamento* cheio de incertezas, temporário, de resultados ambivalentes e *o não tratamento* em que a consequência mais provável é a morte. Esta situação limite implica considerações de ordem ética na prática da medicina e apela para uma definição de QDV, perspectivada a partir da importância do desenvolvimento humano. É frequente encontrar como *indicadores* a esperança de vida, intensidade da dor e sofrimento, grau de independência ou autonomia (funcionamento normal) e expectativa máxima do nível de desenvolvimento, possível de alcançar.

A saúde já não está na dependência do modelo biomédico. É preciso ter em consideração que a terceira revolução de saúde já aconteceu (promoção da saúde). A avaliação e a implementação da QDV num indivíduo ou população é cada vez mais uma tarefa que não conta só com a participação da medicina mas, exige a contribuição das ciências sociais e humanas, logo, outros indicadores devem ser conceptualizados e definidos em função dos

contextos vivências dos indivíduos e ambientes sociais e naturais. O trabalho realizado pela Psicologia da Saúde neste âmbito tem sido meritório, não só no âmbito da prática psicológica, como também ao nível da investigação e construção de instrumentos de avaliação de qualidade de vida em função da patologia considerada.

Numa investigação sobre as expectativas de auto-eficácia e qualidade de vida numa amostra de 50 indivíduos com artrite reumatóide, os autores encontraram uma relação positiva entre *expectativas de auto-eficácia* e *o estado de saúde*, confirmando os estudos anteriormente realizados por Lorig *et al.* (1989), Taal *et al.* (1993) e Beckham *et al.* (1994), em que os doentes com controlo pessoal dos sintomas da artrite reumatóide apresentam uma percepção mais positiva do estado de saúde (Santos, Trindade & Teixeira, 1997). Por conseguinte, os autores sugerem elaboração de programas de intervenção psicológica de aplicação individual e/ou de grupos de ajuda mútua) que potencializem as referidas expectativas (intervenção cognitivo-comportamental) de modo a promover um controlo dos sintomas da patologia em causa, resultando daqui uma diminuição da incapacidade funcional, maior controlo da dor, melhorias ao nível do estado psicológico e por último, uma percepção mais positiva da Qualidade de Vida Relacionada coma a Saúde (QVRS).

A partir de uma amostra de 40 mulheres (20 mastectomizadas e 20 tumorectomizadas), numa faixa etária entre os 35 e os 65 anos, Barnabé (1997) realizou um estudo comparativo sobre a qualidade de vida, relação conjugal e satisfação sexual das mulheres nestas duas situações; concluindo que no geral a avaliação da qualidade de vida feita pelas mulheres

tumorectomizadas era constantemente mais baixa do que a avaliação realizada pelas mulheres mastectomizadas. De acordo com o autor, o resultado pode ter sido devido ao facto de 75% das primeiras terem sido submetidas à cirurgia há menos de 6 meses, enquanto tal só acontecia com 30% das mastectomizadas. As doentes estavam numa fase de adaptação à doença estando a realizar tratamentos suplementares à cirurgia (quimioterapia e radioterapia. Este facto pode ter influenciado a avaliação da qualidade de vida, nomeadamente, no que diz respeito aos benefícios emocionais (associados à cirurgia conservadora) serem menores do que os esperados.

Num grupo de 30 mulheres submetidas a histerectomia e/ou ovariectomia para respectivo tratamento, procurou-se conhecer e compreender a influência desses acontecimentos na qualidade de vida dessas mulheres, verificando-se que 66.7% das pacientes obtêm pontuações superiores à média global do F-84 (50.1), o que revela uma qualidade de vida satisfatória na globalidade (Lopes & Ribeiro, 1997). No entanto, nas sub-escalas, como é o caso da SF-36 que regista a avaliação a percepção do estado de saúde, cerca de 63.3% consideram que a sua saúde não é boa e 10% estão convencidas que a sua saúde irá piorar. Os autores detectaram dificuldades ao nível da imagem/bem estar corporal e no plano psicosssexual, neste grupo de mulheres 40, 8% referem um estado/sentimento de mal-estar relacionado com mudanças corporais, 40, 8% relatam que não têm interesse pela actividade sexual e 43, 3% que a frequência das relações sexuais diminui.

A actual meta dos cuidados de saúde destaca como principal preocupação a manutenção do funcionamento de uma vida eficaz e do respectivo bem-estar das pessoas. Por conseguinte, não é só a sobrevivência



ou a cura que estão em causa, mas também a qualidade de vida do indivíduo doente ou da melhoria do estado de saúde do indivíduo saudável. A este propósito a Organização Mundial de Saúde (OMS) propões que para o século XXI se tenha maior longevidade, mas ao mesmo se goze uma vida melhor, isto é, com uma melhor qualidade de vida; daí o *lema* “...dar mais anos à vida e mais vida aos anos...” (OMS, 1979, *cit.* Amorim & Coelho, 1999, 236). Nos objectivos de “Saúde para todos no ano 2000” delineados pela OMS em 1979, apresentam-se como objectivos a alcançar para os indivíduos de todas as nações, um nível de saúde elevado para poderem trabalhar produtivamente e participarem activamente na vida social da comunidade a que pertencem. Neste seguimento, a única pessoa que pode responder pela sua saúde é o próprio indivíduo, uma vez que só ele tem acesso a ele próprio e à sua percepção subjectiva de bem-estar (OMS, 1998).

De acordo com Amorim e Coelho (1999) podemos dizer que o bem-estar é uma percepção pessoal, apresentando o seu significado e definição uma variação de indivíduo para indivíduo, em conformidade com o que cada um considera normal, inserido no grupo sócio-cultural em que se integra, assim como das suas próprias experiências ou vivências (conceito holístico de saúde onde a doença é a alteração do estado de saúde).

Definir qualidade de vida é pois uma tarefa delicada e minuciosa, dependendo do contexto ou domínio em que nos movimentamos (económico, político, físico, ambiental, social, pessoal, educacional, científico). Progressivamente, o conceito de QV tem vindo a ganhar terreno, exigindo o desenvolvimento de instrumentos adequados na avaliação de parâmetros objectivos e subjectivos da saúde das populações, em que seja fonte de

informação privilegiada o próprio doente e o indivíduo saudável, assegurando-se assim, que as suas percepções sejam incluídas na avaliação de QV dos humanos.

O termo QV tem sido bastante utilizado correndo o risco de ser utilizado para designar aspectos diferentes. Uma vez, os autores referem-se a uma **avaliação global** – *ao sentido da satisfação que um indivíduo tem pela sua vida* (Osoba, 1991) ou como *uma satisfação global com a vida e a sensação pessoal de bem-estar respectivo* (Shumaker *et al.*, 1990). Outras, às *componentes* da QV – percepção da doença ou do efeito do tratamento considerado pelo indivíduo a partir de quatro domínios (funcionamento físico e ocupacional; estado psicológico; interacção social e sensação somática) (Shipper *et al.*, 1990). Em função desta panorâmica, alguns autores têm apresentado várias definições no sentido de esclarecer a situação da definição, dos domínios e da avaliação de QV (Amorim & Coelho, 1999, 237-238):

- QV é um conceito ambíguo e amplo, que vai para além da mera condição física e inclui outros aspectos importantes da vida humana (Bowling, 1995; Lopez *et al.*, 1996).
- QV é descrita como um juízo subjectivo do grau em que se alcançou a satisfação ou um sentimento de bem-estar pessoal, mas associado a determinados indicadores objectivos – nomeadamente biomédicos, psicológicos e comportamentais (Ballestros, 1994).
- QV é um conceito mais abrangente que o de saúde. Engloba adicionalmente o *standard* de vida, qualidade de habitação e vizinhança, satisfação na profissão e muitos outros factores, sendo, contudo, um indicador utilizado para medir a saúde (Osoba, 1991; Ware *cit.* Ribeiro, 1994).
- QV é difícil de definir no entanto é consensual a necessidade da multidisciplinariedade (inclui os aspectos de vida relacionados com a doença e o tratamento, como também, o desenvolvimento satisfatório de aspirações psicológicas e sociais) e a avaliação exige a participação das percepções e expectativas do próprio indivíduo (Lopez *et al.*, 1996).

- De acordo com a taxonomia de Farquhar (1995) as definições podem ser classificadas em três tipos: **TIPO I** (globais ou gerais, integrando geralmente ideias de satisfação/insatisfação, e felicidade/infelicidade sendo definida subjectivamente em termos de avaliação individual de experiências de vida), **TIPO II** (definições que estratificam o conceito em componentes ou dimensões, que permitindo a operacionalização do mesmo tornam-se mais úteis para o trabalho empírico), **TIPO III** (definições que são focalizadas num pequeno número de componentes de QV, sendo as mais comuns as que se referem aos componentes de saúde ou aptidão funcional, como é o caso da QVRS ), **TIPO IV** (todas aquelas que não estão incluídas nas anteriores e correspondem a uma combinação das mesmas).
- No contexto clínico o conceito de QV não se refere a felicidade, padrão de vida ou ambiente, pois as definições dos respectivos componentes são mais úteis para a investigação empírica, permitindo a sua operacionalização (Lukkarinen & Hentinen, 1997).
- QV refere-se basicamente à aptidão de funcionamento de um indivíduo no seu quotidiano e ao modo como ele perceciona o seu bem-estar, razão pelas qual as medidas de avaliação de QV têm assumido progressivamente um papel fundamental nos estudos clínicos (Esteve & Roca, 1997).

Em sintonia com o que foi anteriormente referenciado, podemos sempre, de uma certa forma, melhorar as condições de vida das pessoas. No entanto, para levar por diante esta excelente tarefa é preciso indentificar, conhecer, compreender a percepção dos indivíduos em causa sobre tais condições, para a construção de programas funcionais e eficazes. A qualidade de vida enquanto conceito, prática ou instrumento de avaliação bio-psico-socio-cultural é indispensável para levar a bom termo os objectivos do bem-estar individual e das populações.

### 3.4. FONTES DE SATISFAÇÃO COM A VIDA

As pessoas encontram a felicidade a partir de múltiplas circunstâncias e através de vários meios. Uma maior dedicação a este tema só pode trazer um melhor conhecimento das necessidades causadoras da condição normal do ser humano de hoje e de amanhã, de forma a que se possa encontrar melhores índices de QDV. No entanto, na avaliação de QDV não podemos ignorar o que o indivíduo tem a dizer sobre o assunto. A este respeito e considerando uma análise do conceito em termos subjectivos ou de *satisfação*, Musschenga refere: *The final measure is “satisfaction with life as a whole” or “overall-satisfaction”. “Overall-satisfaction” means that one does not need to be satisfied with all aspects of one’s life – e.g., one’s housing conditions, wealth or health – to satisfied with life as a whole. The capacity to adjust one’s aspirations and ambitions to one’s talents and opportunities is as important for quality-of-life as the level of achievements. A very ambitious person will not easily satisfied with his life.* (Mussenchenga, 1997, 15). Por conseguinte, a satisfação com a vida na globalidade, é a capacidade que o indivíduo apresenta em realizar de modo consciente o balanço entre as suas aspirações e as suas ambições, ao mesmo tempo que se ajusta a ele. Neste sentido, podemos falar de um traço de personalidade.

A felicidade como estado de bem-estar psicológico pode ser adquirido a partir de duas categorias: prazeres físicos (tais como comer e sexo) e prazeres baseados na aprendizagem (por exemplo, a estima e as actividades culturais), (Argyle, 1987). A satisfação das necessidades causadoras de felicidade podem ser de três tipos: necessidades fisiológicas; necessidades de prazer (estimulação e acção) e necessidades secundárias (afecto, aceitação,

estatuto, realização e auto-actualização), (Willson, 1967; *cit.* Pettijohn II & Pettijohn, 1996).

Quando alguém confessa que tem ou leva uma *vita buona*, na realidade ao que é que se está a referir? Podem ser consideradas três teorias de vida boa: *hedonistas* (dar seguimento às experiências conscientes que veiculam prazer, felicidade, ou a satisfação e o gozo que acompanha a concretização com êxito dos desejos de um indivíduo); *prioridade da satisfação* (satisfação dos desejos, preferências ou prioridades das pessoas); e *teorias idealistas de vida boa* (assentam na diversidade de valores sobre a felicidade da vida humana pelo que, cada teoria contribui com uma componente diferente e independente para a teoria da felicidade), (Brock, 1993, *cit.* Musschenga, 1997).

As teorias que perspectivam a satisfação como uma prioridade, isto é, que têm em consideração as preferências e os desejos dos indivíduos, consideram-nos enquanto objectos ou estados de conquistar “coisas” e não como estados cognitivos (sentimentos de satisfação). As teorias idealistas definem vida boa como a realização específica e normativa do ideal defendido. Musschenga dá a sua *definição de bom*, pressupondo a existência de um conflito de valores :

*Such a statement, however, presupposes the framework of an ideal theory. My view is that the good for human beings is not one and harmonious, but consists of plural and potentially conflicting values. The values of pleasure and enjoyment, of satisfaction and contentment, and of excellence are the relatively independent, irreducible and incommensurable components of happiness. Many of the contemporary theories of happiness are utilitarian, either in the sense of the classical hedonist utilitarianism or in that of preference utilitarianism. My theory is different, not only because it tries to combine elements of preference*

utilitarianism and hedonist utilitarianism, but also because it recognizes the value of excellence as an independent component of happiness. (Musschenga, 1997, 17-18).

Na opinião do autor uma pessoa só se pode considerar a ela própria feliz, se gosta da sua vida, se tem gozo na sua existência humana, se está satisfeita com ela e a observa como um valor que vale a pena preservar. A partir daqui considera três componentes da felicidade: **enjoyment** (gozo – estados mentais positivos – *componente hedónica*); **satisfaction** (satisfação – avaliação do êxito na realização do plano de vida ou na sua concepção pessoal de *vida boa* – *componente cognitiva-avaliativa*); e **excellence** (excelência – a virtude ou valor das actividades realizadas pela a própria pessoa – *componente ética*).

A distinção das três componentes da felicidade implica considerar as suas respectivas condições de felicidade: condições materiais (saúde e outros recursos interpessoais); condições dependentes da pessoa (física, intelectual, social, e capacidades emocionais) e condições relativas à sorte ou boa fortuna. Contudo, as condições não conduzem necessariamente ao sentimento de felicidade, por exemplo, um indivíduo pode ser rico mas infeliz; outro ser inteligente mas, igualmente, infeliz (Barrow, 1980, *cit.* Musschenga, 1997); no entanto, podem ser meio caminho andado para a alcançar a felicidade. Então que outras contribuições é necessário implementar ou prestar atenção? Quais são as verdadeiras fontes de satisfação com a vida? O bem-estar subjectivo, independente da situação em que é avaliado, tem os seus alicerces em que constructos?

No presente estudo defendemos a importância dos contributos da *relação funcional com o Eu e com o(s) Outro(s)* e da *saúde* como principais

fontes geradoras de satisfação com a vida e consequente percepção de bem-estar global. Daí que possam ser consideradas algumas figuras principais que podem contribuir para a satisfação com a vida e construção do bem-estar subjectivo. Devido á especificidade de cada ser humano, não é fácil escolher as fontes gerais de satisfação com a vida, contudo, a partir dos resultados obtidos na investigação científica sobre este assunto, atrevemo-nos a destacar onze origens ou fontes principais, que até podem ser consideradas marcadores ou *indicadores de bem-estar* (o grau de satisfação que cada personalidade percebe em relação a cada uma das fontes consideradas).

É na **vida em família** que tudo começa, isto é, que um ser humano se torna humano e aprende a relacionar-se consigo próprio, a elaborar o seu auto-conceito. É nas **relações sociais** que tudo continua, a personalidade alarga o seu campo de interacção bio-psico-socio-cultural. A possibilidade de expressar emoções positivas nomeadamente o amor e a **amizade** são importantes para construir ambientes de confiança e segurança, importantes para ultrapassar os obstáculos do dia a dia. O apoio social proporcionado por uma relação especial exteriorizada pelo compromisso do **namoro** ou do **casamento** (espaço e tempo de amor) constituem um suporte afectivo e emocional importante para concretizar o **projecto de vida**.

O direito à **educação** e a prolongar a aquisição de conhecimentos através de uma **formação** contínua especializada, não só contribui para actualizar o Eu, progressão na carreira ou melhor salário mas, também, para a sua valorização pessoal e maior entendimento do micro e macro ambiente em que existe. A **saúde** enquanto valor a ser respeitado pela própria personalidade, constitui um bem a ser preservado e desenvolvido. Uma das

formas de esbater o *stress* do dia a dia tem a ver com o número de actividades prazenteiras que o indivíduo tira do seu dia a dia. Por conseguinte, as **actividades de lazer**, referem-se, não são só, a ter ou arranjar tempos livres, ócio ou não fazer nada, mas em particular, dizem respeito à importância da tomada de consciência da forma como são preenchidos, seja no sentido da criatividade, do desenvolvimento da personalidade ou do restabelecimento da energia de saúde.

O **emprego** participa na realização pessoal do indivíduo e visa assegurar as condições básicas de existência, nomeadamente, contribui para a **situação financeira**. O direito à **habitação**, a construir um lar ou viver numa casa (espaço privilegiado de relação) e a percepção que o indivíduo tem do lugar onde habita, são particularmente importantes para a sua vida, não se trata só de “quatro paredes caiadas” mas, do significado que a elas é atribuído.

A partir dos testemunhos dos autores considerados anteriormente, parece existir uma dificuldade em responder à questão da origem real do bem-estar subjectivo. Ao serem consideradas as 11 fontes de satisfação com a vida torna-se relevante conhecer melhor os processos que estão relacionados com elas e de que forma podem contribuir para esclarecer o problema.

### **3.4.1. VIDA EM FAMÍLIA**

De um modo geral, do cidadão comum ao investigador deste tema, podemos dizer que a família é considerada o grupo de excelência, uma configuração muito especial, repleta de significado afectivo (biográfico e



histórico) na vida dos humanos. Este grupo mantém as obrigações antigas (económica, educacional, reprodutiva, sexual e afectiva) e actualiza a sua organização ao longo das épocas. Por outro lado, os rituais (casamentos, nascimentos, férias, estudos e funerais), as regras (leis da família), os valores e crenças ou os fantasmas (segredos de família) são transmitidos de geração em geração.

Em particular, poderíamos dizer que as funções da família são de natureza *biológica, psicológica e social*, sendo difícil o estudo separado das três, tal é a forma como se encontram interrelacionadas. Refira-se ainda, que a família pode apresentar-se sobre três formas básicas: a *nuclear* (conjugal – constituída por pai-mãe-filhos), a *extensa* (consanguínea – composta por outros membros que apresentem laços de parentesco) e a *abrangente* (que inclui mesmo os que não são parentes que coabitem).

A tentativa de situar o significado da expressão “família” no âmbito das diversas concepções possíveis e no vasto universo multifacetado tem sido alvo de diversas abordagens. Podemos compreender a família a partir do exame dos papéis familiares e das funções biopsicossociais que exerce de modo funcional ou não; da compreensão do seu significado e génese das antigas civilizações ou das sociedades modernas; ou ainda, considerar que tal como os indivíduos, a família também tem um ciclo vital.

Enquanto conjunto de elementos ligado por fortes laços biológicos, afectivos e de comunicação própria, funciona como modelo, participa no crescimento individual e facilita os processos de individuação e diferenciação dos indivíduos no seu campo de acção, desejando que os seus membros se comportem de forma adequada e eficaz diante das exigências da

realidade social quotidiana. Por isso, um problema (qualquer que ele seja), de um elemento da família é partilhado e vivenciado com igual força por todos, como se tratasse de um problema pessoal.









Saliente-se ainda, a função protectora da família ao longo de toda a vida de uma personalidade. O modo como constrói uma barreira defensiva e protege do exterior, como ajuda a resolver os problemas e os conflitos, como fornece apoio instrumental e expressivo ou emocional, como promove o desenvolvimento dos seus elementos levou a que os autores identificassem quatro tipos de famílias (Ausloos, 1980; *cit.* Vaz Serra, 1999):

- (1) Flexíveis ou flutuantes – famílias funcionais, que se adaptam e procuram um ponto de equilíbrio em função das necessidades do momento.
- (2) Rígidas ou convergentes – não cultivam a mudança, constituem um sistema fechado que acaba por estagnar.
- (3) Dispersas ou convergentes – a mudança é tão frequente que pode acabar numa autêntica desorganização, e dado que não clarifica as fronteiras com o exterior proporciona uma instabilidade interna.
- (4) Caóticas ou alternantes – balançam entre a rigidez e a desestruturação completa, impossibilitando o desenvolvimento e adaptação funcional dos seus membros.

A família é um grupo em interacção que de forma muito particular, experiência movimentos de homeostase e morfogénese, pelo que se encontra animada por uma reconstrução e evolução constantes.

Quanto ao *ciclo vital da família*, consideremos a sua primeira definição, a do sociólogo Duvall, que apresenta oito marcos ou *estádios de*

*desenvolvimento* e correspondentes *tarefas*, realizadas na vida em família (Nichols, 1984; *cit.* Relvas, 1996, 18) que se encontram representados no Quadro 9.

QUADRO 9– ESTÁDIOS DE DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA E CORRESPONDENTES TAREFAS		
ESTÁDIO	DESIGNAÇÃO	TAREFAS
1º ESTÁDIO	Casal sem filhos	 Estabelecimento de uma relação conjugal mutuamente satisfatória; preparação para a gravidez e para a parentalidade.
2º ESTÁDIO	Famílias com recém-nascido (filho mais velho: nascimento – 30 meses).	 Ajustamento às exigências de desenvolvimento de uma criança dependente.
3º ESTÁDIO	Famílias com crianças em idade pré-escolar (famílias com crianças em idade escolar –filho mais velho: 2,5–6 anos).	 Adaptação às necessidades e interesses das crianças no sentido da sua estimulação e promoção do desenvolvimento.
4º ESTÁDIO	Famílias com crianças em idade escolar (filho mais velho: 6–13).	 Assumir responsabilidades com crianças em meio escolar; relacionamento com outras famílias na mesma fase.
5º ESTÁDIO	Famílias com filhos adolescentes (filho mais velho: 13–20 anos).	 Facilitar o equilíbrio entre liberdade e responsabilidade; partilha desta tarefa com a comunidade; estabelecimento de interesses pós-parentais.
6º ESTÁDIO	Famílias com jovens adultos (saída do 1º filho–saída do último filho).	 Permitir a separação e o “lançamento” dos filhos no exterior, com rituais e assistência adequada (1º emprego ou educação superior); manutenção de uma base de suporte familiar.
7º ESTÁDIO	Casal na meia idade (“ninho vazio”–reforma).	 Reconstrução da relação de casal; redefinição das relações com as gerações mais velhas e mais novas.
8º ESTÁDIO	Envelhecimento (reforma–morte de um ou ambos os cônjuges).	 Ajustamento à reforma, aprender a lidar com as perdas (lutos) e a viver sozinho; adaptação ao envelhecimento.

No sentido de valorizar o desenvolvimento familiar e, nomeadamente, o papel desempenhado pelos pais dos recém casados considerados numa perspectiva de *ponte genealógica* entre as gerações mais velhas e as mais jovens, foram apresentados esquemas diferentes do ciclo vital

da família. Elizabeth Carter e McGoldrick baseando-se em Murray Bowen consideram que os aspectos mais significativos que afectam os indivíduos não têm a ver só com as famílias nucleares, mas também é necessário Ter em consideração as anteriores gerações das suas famílias extensas (Relvas, 1996).

Muitas definições das etapas têm em consideração a família típica da classe média da sociedade ocidental, pressupondo uma família nuclear inabalável, ora hoje, deparamo-nos com *facetas* de família ou formas de organização familiar bem diferentes, onde se podem observar os fenómenos do divórcio, famílias reconstruídas ou recasadas, famílias monoparentais, famílias de homossexuais, famílias sem filhos ou famílias de adopção, o que exige uma grande flexibilidade em termos de organização e planeamento educativo familiar (Relvas, 1995). Por outro lado, é importante considerar outros factores que têm contribuído para a mudança no mundo da família, tais como: evolução demográfica; o controlo da natalidade; o aumento da esperança de vida; o trabalho feminino (aceitação de que a mulher tem direito a ter uma carreira profissional); uma sociedade migrante; aumento do *stress*; liberdade sexual; aumento do período de dependência dos filhos que permanecem em casa dos pais até tirar um curso superior e/ou encontrar trabalho; desemprego; aumento de vida conjunta do casal (uma maior esperança de vida permite viver mais tempo juntos); diminuição do tempo da relação familiar (separação especial do casal por motivos profissionais, e destes com os filhos).

A partir de Minuchin e Fishman (1981) Relvas (1996) tenta conciliar os contributos das perspectivas “estruturais/globalizantes” destes

autores com as “individualistas” de Duvall, Hill e Rodgers, apresentando o seguinte esquema :

- 1ª Etapa – Formação do casal.
- 2ª Etapa – Família com filhos pequenos.
- 3ª Etapa – Família com filhos na escola.
- 4ª Etapa – Família com filhos adolescentes.
- 5ª Etapa – Família com filhos adultos (*empty-nest*).

A transformação implica um processo dinâmico caracterizado pela flexibilidade, obriga a um esforço contínuo de actualização e reconstrução da identidade, autonomia e independência da família como grupo e dos seus elementos, enquanto entidades individuais integradas nesse todo.

No livro de Guy Ausloos a *Competência das Famílias* de 1996, o autor considera que se deve deixar revelar a riqueza da criatividade, de espontaneidade, de inovações vitais encontradas a partir das dimensões do tempo, do acaso, do caos e da imprevisibilidade. Na realidade as famílias conseguem gerir os movimentos de homeostase e de morfogénese que são obrigadas a realizar para se auto-actualizarem e cumprirem as suas tarefas. As famílias são competentes, no que diz respeito à sua identidade, para atravessarem e solucionarem da melhor forma as suas crises evolutivas e circunstancias. O autor acredita na capacidade que este grupo especial tem para mudar e evoluir. No prefácio deste livro realizado por José Gameiro podemos encontrar a compreensão de uma dinâmica interactiva, é que as famílias mudam e o mundo com elas, e vice versa: *Aceitamos cada vez mais que a imprevisibilidade é um padrão do viver e do adoecer, que o tempo nos faz olhar de diferentes formas, para nós e para o que nos rodeia. E passámos a aceitar que as famílias têm uma capacidade de auto-organização que nos torna*

*pequeninos – em termos de interacção transformadora, entenda-se – face a uma terapia.* (Gameiro, 1996, 10).

Apesar da dificuldade em definir família e da compreensão do que ela significa na vida dos humanos, sugerimos três testemunhos que salientam os aspectos sobre a *nossa família*, o *caracter operativo e de síntese* que ela pode apresentar, e uma visão *sistémica* :

*Todos sabemos o que é a família, como funciona, quais os seus principais problemas e competências. Particularmente no que diz respeito à nossa família...No entanto, sentimentos e conhecimentos (pessoal e científico) fazem-nos encarar a família como um emaranhado de noções, questões e, mesmo, de contradições e paradoxos. Talvez porque demasiado próxima de todos e de cada um, a família, como entidade, apresenta-se como realidade pouco palpável, quase invisualizável.* (Relvas, 1996, 10)

*Família é uma unidade grupal, onde se desenvolvem três tipos de relações pessoais – aliança(casal), filiação (pais/filhos) e consanguinidade(irmãos) – e que a partir dos objectivos genéricos de preservar a espécie, nutrir e proteger a descendência e fornecer-lhes condições para a aquisição de suas identidades pessoais, desenvolveu através dos tempos funções diversificadas de transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais.* (Osorio, 1996,16).

A família como um sistema passa por um processo de desenvolvimento no sentido da sua evolução e complexificação que diz respeito à *diferenciação estrutural e progressiva*, á *transformação sofrida pelo grupo ao longo da história familiar*; refere-se à *aquisição activa e à rejeição de papéis pelos seus elementos*, enquanto se adaptam a *pressões recorrentes da vida*, *perseguindo a mudança de requisitos funcionais com vista á sobrevivência como sistema familiar.* (Hill, 1979, cit.Relvas,1996, 15).

Os estudos têm demonstrado que os bons recursos do sistema familiar (recursos familiares) estão correlacionados positivamente com boas estratégias de adaptação individual e familiar, bem como, com a existência de

uma boa saúde mental (Vaz Serra, Ramalheira & Canvarro, 1992). Por conseguinte, os indivíduos que pertencem a famílias disfuncionais, que sofrem de perturbações emocionais, (fraca capacidade na estruturação das experiências indutoras de *stress*; evitamento ou esquecimento das situações problema), põem em risco a sua saúde mental e têm tendência a apresentar más estratégias de adaptação individual (evitar os problemas; controlar mal as emoções; apresentam agressividade em relação ao Eu e aos outros). Nas famílias funcionais podemos observar a aquisição de estratégias globais e individuais de adaptação (*coping*) diante dos acontecimentos indutores de *stress*.

No sistema familiar, podem ser destacados dois pontos fortes: o orgulho familiar (considera os atributos familiares como a lealdade, optimismo e a confiança na família) e a compreensão familiar (corresponde a um sentimento da capacidade de realizar as tarefas, saber resolver os problemas e percepção de entendimento) (Olson *et al.*, 1982; Vaz Serra, *et al.*, 1992). Podemos partir do pressuposto que o bem-estar subjectivo de cada indivíduo será tanto maior, quanto na sua família ele encontrar orgulho e compreensão familiar.

Outros estudos chamam à atenção da importância das relações entre pais-criança no desenvolvimento de controlo. De acordo com a teoria da aprendizagem social de Rotter apresentada nos anos 60, o sistema de reforços e punições aplicado pelos pais permite observar uma causa-efeito nas relações entre o comportamento do filho(a) e as consequências resultantes (comportamento parental); por conseguinte, aprender estas contingências é acreditar no resultado estável das expectativas de certos comportamentos estarem ligados a certas consequências (Cook, 1993). É claro que, se os pais

não estabelecerem bem as leis e o contracto (compreensão e acordo) e se não cumprirem as leis (coerência do comportamento e eficácia), o controlo não se desenvolve (as regras não foram interiorizadas). Em certos casos, poderão observar-se níveis de neuroticismo na criança e no adolescente. Refira-se ainda que, a teoria da vinculação está de acordo com a anterior, no que diz respeito ao desenvolvimento do sentido de controlo; dado que a ligação entre as pessoas que cuidam da criança e a própria criança, proporciona uma exploração segura do ambiente, um desenvolvimento pessoal e uma competência cognitiva (Cook, 1993).

Através da dinâmica interactiva da família, a criança desenvolve o sentido de controlo e á medida que constrói a sua personalidade edifica o seu locus de controlo interno e externo. Nas inter-relações pais-filho(a) é de salientar o contributo da criança, do adolescente e do jovem adulto para o sentido de controlo dos pais. Adiante-se que uma memória positiva da compreensão das vivências de controlo na infância e adolescência pode contribuir para a felicidade individual, já que tais recordações são percepcionadas como um bem para a vida da pessoa.

Com o decorrer do tempo, a criança transforma-se em adolescente, para depois em jovem adulto e finalmente num adulto apto a construir uma nova família. Neste percurso da vida da construção da personalidade, é em criança no ambiente da família que se aprende a distinguir os comportamentos sociais adequados e inadequados e de tal modo são apreendidos e interiorizados, que a criança ao longo da sua vida, mesmo quando não se encontra diante da contingência de um reforço ou de uma punição, comporta-se em conformidade com o aprendido. Esta ocorrência



deve-se ao facto de durante o seu desenvolvimento, cada indivíduo constitui *cognições mediadoras* que o vão ajudar a orientar-se (bem ou mal) no mundo em que vive. Por conseguinte, o *esquema de auto-regulação* do indivíduo é uma configuração interactiva constituída pelas dimensões cognitiva, afectiva, relacional, comunicacional e social, utilizada pelo indivíduo para se orientar e sobreviver no meio ambiente, isto é, *À semelhança de um fotógrafo torna-se selectivo para certos contextos, em que identifica os estímulos, os descodifica, os confronta com memórias antigas e finalmente os avalia como indiferentes, ameaçadores ou gratificantes.* (Vaz Serra, 1999, 540).

Ao observar de perto a quantidade de implicações que a vida em família tem para a qualidade de vida dos seus elementos, podemos aceitar que na realidade, esta vivência surge como uma *fonte de bem-estar* prioritária ao longo das etapas de vida. Não é só importante quando se é criança ou adolescente, a família é também importante na vida adulta e no seu entardecer. Saliente-se ainda que, todos os elementos (passados, presentes e futuros) são importantes para a relação do grupo família, isto é, de uma forma consciente ou inconsciente, presente ou ausente, no sonho ou na realidade, interferem no clima familiar, orientando a família para uma “vida boa” ou para uma “vida má”. A máxima “Um indivíduo satisfeito com a sua família é uma pessoa feliz”, indica a percepção de bem-estar subjectivo e pode ser predictora de construção de famílias felizes no futuro.

### 3.4.2. CASAMENTO (NAMORO...)

A escolha do(a) parceiro(a) baseia-se no sentimento partilhado e correspondido, que origina uma sensação de felicidade pessoal. O objectivo principal desta escolha pode basear-se em critérios tão tradicionais como o interesse da família e a dimensão do “dote” (interesses económicos), ou à ligação próxima entre os padrões sexuais e os sentimentais. De acordo com Shorter (1995) o desejo de ser livre depois de 1969, possibilitou o desprendimento do casal às instituições circundantes, por isso, a realização pessoal, conseguida através da gratificação sexual, passou a tomar o comando do namoro.

De acordo com Dryden e Gordon (1993) para além do amor, do desejo, das fantasias, do sonho e da atracção física, o tipo de atributos que são geralmente importantes num(a) parceiro(a) potencial para uma relação a longo prazo ou para o casamento são os seguintes: *compatibilidade* (partilha de gostos e interesses diferentes ou semelhantes); *estabilidade emocional* (temperamento e auto-aceitação); e *comunicação* (relação funcional e capacidade de conversar um com o outro com a mesma linguagem). Este processo, experienciado com muita emoção em qualquer período da vida e de múltiplas facetas, surge como fazendo parte integrante do projecto de vida, no grupo etário dos 20 anos, período em que o jovem adulto começa a pensar em casar de um modo mais consciente e responsável, concretizando o compromisso publicamente (Faria, 1998; Faria & Gonçalves, 1999).

Na realidade, a única relação familiar que realmente permite uma escolha é o casamento. Qualquer processo de decisão tem as suas etapas de

desenvolvimento, pelo que leva tempo e necessita de espaço. O namoro é o período da descoberta do(a) companheira(a), especial e identificado, com quem se quer voluntariamente partilhar a vida.

Esta etapa da relação mulher↔homem está cheia de significados, expressões, fantasias, projectos e sonhos contruídos no feminino e no masculino. É um tempo de conhecimento, de ajustamento/reajustamento e de comunicação do Eu e do(a) parceiro(a), que antecede o compromisso de uma relação mais íntima e da tomada de decisões para o futuro. No processo de desenvolvimento comunicacional do dar e receber, *Perhaps neither loving nor being loved is enough: only when they are combined in a mutual relationship is there a significant chance for happiness.* (Baumeister, Wotman & Stillwell, (1993, 377).

A formação do casal dá início ao ciclo vital da família e nasce a *família nuclear*. Quando John Cleese colocou a questão *Casar porquê?* A Robin Skinner a resposta dele foi muito objectiva: *Porque estão apaixonadas.* (Skinner & Cleese, 1990, *cit.* Relvas, 1996, 37). Mas existem outras razões para além do amor e dos motivos inconscientes, a primeira é que as pessoas casam-se porque buscam companhia, porque a segurança relacional e a convivência são uma necessidade do ser humano; a Segunda, porque se criam expectativas prévias que importa satisfazer (Bornstein, 1992, *cit.* Relvas, 1996). Quanto à *função principal do casal* podemos dizer que, *A primeira função do casal é, como se viu, a criação de um sentimento de pertença, embrião do da família em “construção”: alicerçado parcialmente nos antecedentes familiares, projecta-se no futuro, nos descendentes, fornecendo-lhes a representação comum da sua família, o contexto de vinculação a partir do qual se poderão*

*desenvolver e autonomizar. (...) oferece ainda aos seus membros uma plataforma de suporte para lidar com as pressões do mundo extra-familiar, funcionando como refere Minuchin, como um “balão de oxigénio” no qual podem recuperar a força e a energia necessárias para enfrentar o stress quotidiano.*(Relvas, 1996, 73).

O facto de uma pessoa estar envolvida numa relação íntima significativa (casamento), essa acontecimento especial e duradouro, é de extrema importância para a percepção de felicidade. Os resultados das investigações sugerem que logo desde cedo, o amor (enquanto emoção, sentimento e relacionamento íntimo) contribui de forma significativa na felicidade. Por exemplo, um estudo realizado a partir dos 150 estudantes com uma média de idade de 22 anos, observou que apaixonar-se ou estar apaixonado e amar (*necessidades de amor*), é mais importante que qualquer outra das escolhas possíveis (*necessidades de estima; necessidades físicas*) de felicidade (Pettijohn II & Pettijohn, 1996).

A partir do compromisso da constituição do casal, o homem e a mulher transportam para a nova família a que deram origem todos os conceitos e preconceitos daquela de onde vieram. Por conseguinte, sobre alguns assuntos as ideias são diferentes, as práticas divergem e o modo de resolver os problemas do quotidiano pode ser motivo para sérios conflitos e desentendimentos conjugais. É o caso quando o casal ainda não chegou a acordo sobre os temas que se seguem: economia do lar ou prioridade a dar ao dinheiro, gestão do poder ou dominância em casal, vida social e saídas nocturnas, emprego, liberdade, relação com os sogros, vida sexual, educação dos filhos, distribuição das tarefas domésticas.

Para que os dois elementos se possam encontrar e chegar a acordo, é necessário realizar não só um esforço mas, um *ajustamento* progressivo (encontrar resposta para dado problema sem implicar sujeição), num clima tranquilo, em que cada um se deve sentir à vontade para comunicar os seus sentimentos, ideias e preferências, ao mesmo tempo, que se disponibiliza a escutar com atenção e interesse o outro elemento do casal (Vaz Serra, 1999).

O ajustamento é adequado quando existe maleabilidade e comunicação, por conseguinte, à medida que o tempo vai passando vai surgindo a *semelhança de percepção dos acontecimentos*, essencial para a concordância, compreensão e significado compartilhado na construção de uma família funcional, caracterizada por uma elevada *semelhança de percepção* entre o casal (Dean, 1992, *cit.* Vaz Serra, 1999). Para que cada elemento do casal se percepcione satisfeito relativamente à sua escolha do parceiro(a) e á sua opção de partilhar a vida em conjunto, é necessário que os princípios referidos anteriormente sejam respeitados.

### 3.4.3. SAÚDE

Quando alguém fala da *sua saúde* deixa transparecer a *sua* definição de saúde, que poderá estar enquadrada numa das etapas consideradas no *Capítulo 2* (modelo biomédico, definição da OMS, 2ª revolução de saúde; promoção da saúde). De um modo geral, as pessoas quando perguntam “Que tal vai essa saúde?” é muito mais que um cumprimento ou uma forma de iniciar uma conversa, é a interpelação do outro

para que realize em escassos segundos, uma auto-avaliação consciente sobre o seu *estado de bem-estar pessoal global* do momento, numa visão prospectiva e retrospectiva (“sinto-me bem”, “tenho passado mal”, “agora estou melhor”, “fazemos por isso”, “vamos indo”, “melhores dias virão”, “nunca me senti tão bem como agora”, “vende saúde”, “os anos não passam por si”). Nas afirmações das pessoas denota-se um *traço* de personalidade, um *estado de saúde* e uma *expectativa de saúde*. Muitas vezes, o diálogo é extrapolado para a avaliação do bem-estar dos entes queridos e conhecidos, da sua dor psicológica ou física, das alegrias da vida, dos comportamentos de saúde e de doença, ou para os cuidados de saúde e a percepção das condições de assistência médica. Contudo, em qualquer que seja o julgamento ou a situação, a saúde é perspectivada sempre como um valor positivo, um bem a proteger, a cuidar, ou a promover, um contributo ou uma fonte essencial para a satisfação com a vida (prioridade de saúde).

**Ter** saúde (posse de um bem ou das condições de saúde), **ser** saudável (traço de personalidade) e **estar** com saúde (estado), constituem dados observáveis nos indivíduos (componente objectiva). Uma outra faceta é preciso tomar em consideração, a auto-avaliação que o indivíduo realiza. **Sentir** ou não sentir saúde eis a questão. Conhecer o ponto de vista do indivíduo sobre o seu nível de satisfação com a sua saúde – *percepção subjectiva* – num determinado momento da sua existência é de capital importância (componente subjectiva). No final, as dimensões das componentes objectiva e subjectiva, dão-nos a panorâmica global da saúde do indivíduo, pelo que, constituem condições determinantes, para se ser feliz e atingir qualidade de vida.

### 3.4.4. PROJECTO DE VIDA

Uma outra dimensão importante da felicidade que contribui para a satisfação da vida é o *plano de vida*. Neste domínio, consideram-se as aspirações e os objectivos centrais na vida das pessoas que elas tentam atingir ao longo da sua existência e que vão contribuir de forma significativa para a sua realização pessoal. A elaboração de um projecto de vida é a tomada da consciência de dois encontros dinâmicos: *encontrar um sentido* (algo que tenha significado) e *encontrar o sentido* (projecto ou sentido existencial da pessoa, enquanto finalidade).

A satisfação com a vida realizada por uma pessoa consiste numa auto-avaliação realizada pelo indivíduo sobre o seu êxito na realização e concretização do seu próprio projecto de vida. Contudo, a satisfação é muito mais do que o sucesso *It is the personal evaluation of (one's own) successes in relation to one's aspirations*. (Musschenga, 1997, 20).

Digamos que quando falamos dum *projecto* tomamos consciência de nós próprios, pensamos na energia e no tempo que temos de despendar para a realização das nossas aspirações pessoais, nos *prós* e nos *contras* com que possivelmente nos vamos deparar, dos reforços que tudo (o que se espera e o que não se espera) vai trazer. Avaliamos a nossa capacidade para ultrapassar os possíveis obstáculos, que podem surgir durante o percurso, e pensamos nos meios e nas pessoas que nos podem ajudar e com aquelas com quem podemos definitivamente contar (apoio social). Progressivamente, estabelecemos um programa de acção, perspectivado mentalmente em cinco momentos ou etapas, que se sucedem de uma forma dinâmica e interactiva,

devido à componente avaliativa que acompanha todo o processo: (1) *elaboração cognitiva* das metas orientadoras de uma existência positiva; (2) *delinear estratégias de acção* para alcançar os objectivos no âmbito pretendido (pessoal, afectivo, social, familiar, educacional, profissional, económico, ambiental, do lazer ou outro); (3) *tomada de decisão da direcção* a prosseguir; (4) *marcar o ritmo pessoal* para a concretização do objectivo; (5) *avaliar o processo global* para não se afastar da meta pretendida; (6) *ser capaz de ficar satisfeito* com o esforço despendido (“valeu a pena !”) ou a continuar a despende.

O projecto de vida integra várias dimensões (cognitivas, afectivas, sociais, relacionais, ambientais, económicas, ambientais, políticas) que deverão ser concretizadas para que uma pessoa se sinta satisfeita com a sua vida na globalidade. Cada indivíduo tem de ter consciência que vive numa sociedade e sofre influências culturais dos espaços e tempos em que habita. A pessoa quando perspectiva o seu projecto de vida deverá ter em consideração o bem-estar do Eu e do(s) Outro(s). Por isso, relativamente às *normas* que devem ser consideradas, também *O nosso ponto de vista é de que estas regras devem ser baseadas no hedonismo a longo prazo – isto é, na filosofia de que uma pessoa deve basicamente tentar alcançar os seus próprios objectivos de vida e uma existência satisfatória, embora tendo presente que os melhores resultados se obtêm, na maior parte dos casos, desistindo das compensações imediatas em troca de ganhos futuros, sendo cortês e mostrando consideração pelos outros. Se tentarmos abafar violentamente os desejos de realização dos objectivos de vida e de auto-satisfação por parte dos outros, estaremos habitualmente a sabotar os nossos próprios fins.*



*Praticamente, qualquer conjunto de regras planeado de forma racional e democrática suprirá as nossas necessidades.*(Dryden & Gordon, 1993, 89).

Numa dimensão social, hoje observamos o crescimento do individualismo nas sociedades modernas. O individualismo foi considerado como um predictor de bem-estar subjectivo, por conseguinte, nas sociedades individualistas as pessoas atribuem o êxito a si próprias e têm mais liberdade em prosseguir com as suas próprias metas; contudo, em épocas de dificuldades apresentam uma rede social fraca (Diener, Diener & Diener, 1995).

Um outro aspecto a ser considerado na elaboração do projecto de vida é a sua constante actualização ao longo da existência humana. A imprevisibilidade dos acontecimentos pessoais, sociais e ambientais obriga a reformulações e reajustamentos do plano de vida. Por exemplo, quando surge uma doença como o cancro, os indivíduos por mais adversas que sejam as circunstâncias têm de saber lidar com a sua patologia e ter capacidades de ajustar o seu plano a *um novo plano de vida*. Os autores sugerem que o processo cognitivo é responsável pelo ajustamento das expectativas e o nível de satisfação é restaurado; contudo, os doentes continuam a preocupar-se com a sua situação e o seu futuro, avaliando a sua vida de forma positiva (uma certa distância entre a avaliação cognitiva e o afecto) ao mesmo tempo que as emoções negativas espreitam a todo o momento (Zajonc, 1980, *cit.* Musschenga, 1997). Em conformidade com a adaptação realizada, a satisfação dos doentes sobre as suas vidas torna-se quase normal, mas o seu problema de saúde continuará a ameaçar e influenciar negativamente a sua percepção sobre a vida.

A capacidade de uma personalidade concretizar o seu projecto de vida dependerá das suas aptidões e da sua capacidade de auto-actualização, em conformidade com as condições que dispõe e o ambiente em que vive. A persistência, a criatividade, a reversibilidade de pensamento, o conhecimento real das potencialidades do indivíduo, a visão funcional dos factos e do futuro, são qualidades importantes para a realização do plano pessoal. Se o indivíduo caminha no sentido do seu projecto existencial é de esperar que em cada etapa, percepcione realização pessoal, o que contribui para uma avaliação positiva do seu bem-estar subjectivo.

### **3.4.5. RELAÇÕES SOCIAIS**

A capacidade de comunicar e se relacionar com os outros faz parte da condição humana, como podemos constatar no livro de Lucien Malson (1978), *As crianças selvagens*; ou nos estudos de Bowlby (1976) sobre a vinculação (a qualidade da relação e a distinção entre uma *boa mãe* e uma *mãe de arame*); ou ainda, nos trabalhos de Spitz (1957) sobre os três organizadores da vida psíquica (em particular o primeiro, a descoberta do sorriso à face humana vista de frente por volta do 3º mês de vida, tão importante o desenvolvimento da criança). O humano deixa de ser humano se não for acompanhado desde sempre pela atenção especial de outros humanos, nomeadamente, destaca-se a primeira a relação com uma *mãe* e depois com os outros ao longo da sua vida. Poderíamos dizer que, só somos verdadeiramente alguém a partir das relações sociais gratificantes obtidas na família, na escola, no trabalho, no casal, na comunidade, no grupo de amigos,

dos conhecidos e dos desconhecidos, a partir dos quais se satisfazem necessidades, concretizam projectos, recolhem informações e se estabelecem redes de apoio social essenciais à sobrevivência dos homens e mulheres, em qualquer etapa da vida.

Na evolução das interacções sociais ao longo da vida, qualquer que seja o período considerado – infância, idade escolar, adolescência, início da idade adulta, meio da idade adulta, longevidade – podemos observar em cada etapa uma dinâmica específica e respectiva diferenciação qualitativa e quantitativa das relações sociais.

A este propósito, Newman e Newman (1995, *cit.* Vaz Serra, 1999, 126), destacando o trabalho de Erikson considera que *a meio da idade adulta, (...) as relações significativas baseiam-se na família, no trabalho e/ou comunidade. As relações podem alargar-se a amizades estabelecidas noutras cidades ou outros países. Os adultos são influenciados pelas relações sociais que têm um impacto sobre as suas vidas ou as dos seus filhos e pais. Mais tarde, já na velhice, as relações significativas tornam-se mais abstractas, à medida que uma pessoa desenvolve uma relação mais geral com a humanidade e ao mesmo tempo mais focada em alguém de quem é preciso cuidar ou nos amigos que ainda vivem. Estas são as relações que transmitem as mensagens da sociedade e que evocam estados de tensão.*

As interacções sociais significativas para o indivíduo e a respectiva prestação de apoio social acompanham o percurso existencial da pessoa e vão evoluindo por etapas ao longo da vida, estabelecendo-se uma *rede social* que varia de pessoa para pessoa (Vaz serra, 1999). A rede social é um ponto de referência e de pertença da pessoa pelo que, determina formas de

conduta, tipo de cuidados que se têm com o próprio indivíduo, valores a serem defendidos e significado atribuído às relações sociais estabelecidas.

As nações que apresentam um elevado índice de divórcio dão mais importância aos direitos dos indivíduos do que às relações colectivas. O divórcio representa o declínio da obrigação, do dever, da obediência e de outros valores colectivos; por conseguinte, é uma manifestação de liberdade, uma prova de que as pessoas seguem os seus próprios objectivos e andam à procura da sua felicidade; por isso, o divórcio não é só uma manifestação de individualismo, mas a causa de um elevado individualismo (Diener *et al.*, 1995). Os filhos do divórcio, enquanto observadores, aprendem que nenhum relacionamento é eterno e voltam-se para o Eu, à procura da única relação estável e duradoura, cultivando o individualismo.

O facto das interacções sociais desempenharem uma função importante na vida afectiva e cognitiva do indivíduo, nomeadamente se libertar do seu egocentrismo e adquirir uma reversibilidade de pensamento, contribuem para o desenvolvimento pessoal global. O exercício da capacidade de se colocar na posição do outro, dialogar, ser auto-afirmativo, gerir conflitos, negociar alternativas, disponibilizar-se para encontrar um acordo, fazem parte das relações sociais funcionais, predictoras de bem-estar subjectivo.

Cada personalidade pertence a vários grupos sociais, por conseguinte, poder-se-á dizer que cada um de nós possui múltiplas identidades sociais, pelo que, se quisermos conhecer melhor o comportamento de uma pessoa temos de saber como é que o próprio indivíduo se define pois, uma identidade social particular com as suas normas específicas conduz o comportamento da personalidade (Wilder & Shappiro, 1984). Quando um

indivíduo entra num grupo ao qual não pertence, podemos observar que a sua identidade se salienta, os seus valores, o modo como se apresenta e expressa, a linguagem que utiliza, os seus pontos de referência e pertença, a modo como comunica, as suas representações e crenças, sobressaem como a figura de um fundo.

Através da diferença e do conhecimento adquirido a partir das relações sociais de grupos de “não-pertença” podemos descobrir a nossa identidade social. No seguimento deste pensamento, as interações sociais na direção da descoberta da identidade do indivíduo ou no sentido da descoberta da diferença pessoal) podem ser muito úteis para a descoberta da identidade social dum indivíduo e de um povo. Paralelamente, contribuem de forma significativa, para o bem-estar subjectivo do indivíduo e para o bem-estar das nações.

Considerando a sociedade pluralista em que vivemos e a obrigatoriedade da comunicação, as relações sociais não são tarefa fácil pelo que, a sua continuidade estará na dependência do grau de satisfação que cada pessoa apresenta.

Na década de 90, Carstensen apresentou a sua teoria da selectividade emocional que defende que os indivíduos ao longo das suas vidas vão modificando a sua maneira de se relacionar com os outros, isto é, *According to socioemotional selectivity theory, across the life span, individuals gradually interact with fewer people as they deliberately withdraw from social contact in peripheral relationships, while maintaining or increasing involvement in relationships with close friends and family. This selectivity narrowing functions adaptively to maximize gains and minimize risks in social and*

*emotional domains*. (Lansford, Sherman & Antonucci, 1998, 544). De acordo com os estudos efectuados pelo autor e seus colaboradores, os objectivos das interacções sociais mudam em função da construção do futuro realizada pelos indivíduos ao longo das suas vidas. Quando a pessoa compreende que a sua vida tem um fim, o seu futuro é percebido como limitado, e para além da concretização dos objectivos materiais, salientam-se, em particular, as emoções.

Num estudo longitudinal, observou-se que a frequência da interacção e a satisfação com os indivíduos nossos conhecidos (a quem não nos prendem relações de amizade) declina com a idade. A partir dos 18 até aos 50 anos, os participantes tornam-se cada vez mais focalizados no grupo selectivo de parceiros sociais, com quem estabelecem bastante contacto, denotando maior satisfação e envolvimento emocional no relacionamento com pessoas íntimas (Carstensen, 1992, Lansford, *et al.* 1998). Os adultos jovens, à medida que caminham na idade, tornam-se mais exigentes com os seus relacionamentos sociais, culminando o processo de selecção na diminuição dos indivíduos escolhidos para relação, restringindo-se apenas, às pessoas mais próximas e íntimas, nomeadamente amigos de longa data, família e esposo(a) ou companheiro(a) íntimo(a).

A teoria da selectividade socioemocional propõe dois motivos sociais: procura de informação (*information seeking*) e regulação emocional (*emotion regulation*) que variam ao longo da vida. As crianças, os adolescentes e os jovens adultos querem descobrir e conhecer o mundo, como ele funciona e qual o seu " *lugar ao sol*" no planeta azul; por conseguinte, o fascínio da

novidade é possibilitado através do contacto com pessoas novas ou desconhecidas.

Neste tipo de interacções, os jovens pretendem encontrar a informação pretendida ao mesmo tempo que se descobrem a eles próprios, por conseguinte, nestes grupos etários, dá-se mais importância ao primeiro motivo social. À medida que o indivíduo conhece o real social e caminha na idade, a informação sobre o mundo já não surge como tão relevante, uma vez que se salientam outros aspectos da vida, tais como, conforto, motivos para se sentir bem, estabelecer intimidade, conseguir um significado emocional da vida. Quando a regulação da emoção constitui uma motivação primária, os parceiros sociais familiares ou íntimos são preferidos a novos conhecimentos, dado que proporcionam apoio e geram sentimentos e emoções gratificantes.

Os resultados do estudo realizado por Lansford, Sherman e Antonucci (1998) sobre a satisfação com as redes sociais, mostrou que os indivíduos mais velhos estão mais satisfeitos com a sua rede social do que os mais jovens, o que está de acordo com a teoria descrita anteriormente.

As interacções que envolvem apoio e conselho são consideradas marcos de qualidade de experiência social, nomeadamente, são os indivíduos mais velhos que mais as valorizam. Por outro lado, as dimensões positivas e negativas das interacções de suporte e o modo como chegam por etapas, chamam à atenção para o conceito de apoio social e mostram como a experiência social muda com a idade (Antonucci, 1990; Baltes, 1996; Rook, 1995; Carstensen, 1993; *cit.* Smith & Goodnow, 1999).

A análise das interacções que envolvem apoio requer uma atenção especial, não só no que se refere às características relacionadas com

a idade mas também, quanto às dimensões cognitiva e socio-relacional. Acontece que muitas vezes na vida quotidiana, no âmbito das interacções sociais é oferecido apoio e conselho que não foi solicitado, nestas situações (saúde, cognição, finanças, organização), o comportamento das pessoas mostra que um apoio não solicitado é mais desagradável do que agradável, já que está implícita uma certa incompetência (Smith & Goodnow, 1999).

Um outro aspecto interessante das relações sociais diz respeito à influência que elas provocam na vida das pessoas e como podem contribuir para a mudança ou impressão da mudança. A investigação tem demonstrado que envelhecer está relacionado com transformações não só no âmbito da eficácia, eficiência cognitiva e aptidões intelectuais, mas também, está associada a mudanças na construção e complexidade das representações sobre os acontecimentos sociais (quanto mais velho, mais informação disponível que pode ser relacionada para explicar um fenómeno) (Hess, Bolstad, Woodburn & Auman, 1999).

Em cada estágio da vida o ser humano constrói a sua rede social, que lhe permite tornar-se mais seguro e confiante, amado e tranquilo, amortizando as dificuldades da vida e facilitando a ocorrência dos *insights* necessários à construção do seu bem-estar. A capacidade de comunicar e conhecer o Eu, só é possível através das relações sociais satisfatórias, por isso, elas podem constituir uma fonte de bem-estar subjectivo.



### 3.4.6. ACTIVIDADES DE LAZER

Os indivíduos vêm televisão, vão ao cinema, ao teatro ou à opera. Lêem um livro, um jornal ou simplesmente desfolham uma revista. Cozinham pratos exóticos, vão às compras, “ver as montras”, assistir a um concerto de música *rock*, a uma tourada ou a um desafio de futebol. Convivem, praticam desporto, moldam o barro ou pintam. Implicam-se em actividades de solidariedade. Passeiam, viajam ou simplesmente vão ver o mar, a barragem, o rio ou a serra. São inúmeras as tarefas que os seres humanos têm à sua disposição para lhes proporcionar bem-estar e felicidade, por isso, é importante identificar quando é que um indivíduo considera que realmente realizou uma tarefa de lazer (cometer ou praticar lazer), qual a sua percepção do lazer e qual o seu grau de satisfação obtido (físico, educacional, relaxamento, estético).

Saliente-se ainda que, é preciso algum cuidado na identificação e escolha das actividades de lazer; isto é, reconhecer uma tarefa como prática do lazer, implica estabelecer o limite entre a actividade que dignifica e valoriza o ser humano, proporcionando bem-estar e uma outra, aquela que é promotora de desgaste humano, *stress* ou mal-estar.

Os habitantes da cidade dedicam cerca de 40% do seu tempo livre na mobilidade dos dias de folga, do qual 30% é aplicado em excursões ou passeios curtos e 10% em viagens de férias; contudo a necessidade de viajar não é mais o desejo de fazer descobertas e de realmente aprender alguma coisa, mas uma simples motivação criada pela sociedade de consumo, marcada pelo quotidiano e possibilitada pelo carro (veículo de excelência), barco, avião ou comboio (sociedade auto-móvel) (Krippendorf, 1989).

A rotina do dia a dia e a quantidade de prospectos e imagens publicitárias sobre locais paradisíacos, estimulam nos indivíduos o desejo de viajar e de aproveitarem todas as suas oportunidades para se evadir do *stress*. A procura da harmonia e da tranquilidade é realizada em função do período de tempo libertado ao trabalho e das possibilidades económicas de cada um, no entanto, a época escolhida ou disponibilizada para o fazer é, na maior parte das vezes, comum a todos os humanos.

Krippendorf (1989) no seu livro *Sociologia do Turismo* descreve um fenómeno que nada tem a ver com o lazer e as viagens, em determinadas alturas do calendário, feriados, pontes ou férias, podemos observar como ele diz, *ano após ano, fim de semana após fim de semana, milhões de seres humanos se comprimem em multidões compactas, sem necessidade alguma e sem obrigação aparente, consumindo esse período que lhes é precioso. Quase todos participam do movimento, imaginando que o fazem de livre arbítrio, mas a aparência é de que obedece a uma ordem. Alinham-se em filas de carros ou deixam-se despachar, como se fossem cargas, em ônibus, jumbos ou trens. Amontoam-se em praias que se tornaram muito pequenas. Fazem fila diante de lojas e restaurantes,...* (Krippendorf, 1989, 15). O verdadeiro mundo do *relax* ou do descanso ou da criatividade nada têm a ver com esta imagem.

O lazer pode ser compreendido como um tempo livre, dedicado a actividades de lazer que desencadeiam elevados níveis de satisfação e são esbatedoras do *stress*, isto é, que pode ser investido em tarefas gratificantes para o indivíduo geradoras de bem-estar subjectivo. Quando pensamos em actividades de lazer estamos a referir-mo-nos ao desporto, às artes e educação, aos *hobbies* e habilidades, ou ao trabalho de voluntariado.

Porque é que as pessoas escolhem diferentes tipos de lazer? A escolha depende da personalidade em causa, mais concretamente, da sua experiência pessoal, das suas aptidões e das actividades que lhe proporcionam satisfação e felicidade. Podemos esperar que a extroversão orienta os indivíduos para a escolha de lazer social e desporto, a cooperação para a equipa ou actividades nos clubes, enquanto o neuroticismo direcciona os indivíduos para formas de lazer solitário, e a auto-estima para actividades de lazer competitivas (Lu & Argyle, 1994). Os indivíduos extrovertidos tendem a escolher actividades de lazer relacionadas com os domínios físico e social; pelo que, passam muito mais tempo do que os introvertidos, participando em equipas, frequentando clubes, festas barulhentas e a dançar, o que aliás os torna felizes (Furnham, 1981, Argyle & Lu, 1990).

As pessoas gostam de actividades de lazer que estejam de acordo com as suas aptidões ou habilidades pessoais, ser bom nalguma coisa implica sentir prazer na realização de uma tarefa sem esforço, fazer uso da sua aptidão especial, produzir resultados positivos e obter a aprovação dos outros significativos para o indivíduo em causa. A percepção de competência e as aptidões sociais são importantes para levar por diante as actividades de lazer. A escolha de uma tarefa varia de acordo com a idade, sexo e classe social (Ingham, 1986).

Conforme Lu e Argyle (1994) a satisfação do lazer e a felicidade são função das actividades do lazer. Num estudo com uma amostra de 114 indivíduos os autores observaram que 68% dos respondentes tinham efectuado uma actividade de lazer satisfatória, que se encontrava relacionada com a felicidade e com aspectos sociais da satisfação do lazer. Numa análise

longitudinal a satisfação de lazer revelou-se como predictora de felicidade. No seguimento deste registo, podemos considerar o lazer como uma fonte de satisfação de vida.

### 3.4.7. EDUCAÇÃO (FORMAÇÃO)

Os estudos evidenciam que a um elevado nível de satisfação com a vida está relacionada com o a idade avançada, melhor educação e apoio social, pelo contrário, o nível de neuroticismo e o *stress* estão relacionados com baixo nível de satisfação com a vida (Lu, 1995, Vaz Serra, 1999).

Hoje, a escolaridade obrigatória portuguesa já vai até ao 9º ano de escolaridade, contudo, quem procura um emprego ou já exerce uma profissão, tem de entrar no constante processo de actualização e formação contínua. Roger Gal no seu livro *Histoire de l'Education* de 1976, situava a problemática da educação da seguinte maneira:

*Hoje em dia o problema da educação interessa a um número cada vez maior de pessoas. A percebemo-nos de que não diz exclusivamente respeito aos pedagogos profissionais ou aos pais que têm filhos para educar, mas, no fundo, a todas as pessoas. Na verdade, de uma ou de outra forma todos somos educadores, quanto mais não seja pela influência que podemos exercer nos seres com quem vivemos ou trabalhamos. E não há actividade profissional, social, política ou moral que não provenha, de qualquer modo, da acção educadora. O seu alcance prolonga-se para além da juventude, até à idade adulta. Cada vez mais se toma consciência do papel que a educação desempenha e sobretudo do que poderia desempenhar na vida do indivíduo e da sociedade se tal lhe fosse pedido. (Gal, 1985, 11).*

Neste sentido, a obrigação da educação vai para além do legislado e chega ao domínio da realização pessoal. Por conseguinte, para além de contribuir para o desenvolvimento da personalidade através das aprendizagens realizadas pode ser um prazer intelectual ou um facilitador da vida. Ao mesmo tempo que satisfaz a necessidade de conhecimento, ajuda a descobrir o sentido da vida, a esbater a ansiedade do medo do desconhecido, a construir uma consciência de saúde, a orientar a vida numa direcção positiva da realização pessoal.

Numa democracia, o significado dos termos “qualidade de vida” referem-se à capacidade de adequação do ensino-aprendizagem às diferentes necessidades existentes na escola de acordo com os princípios conceptuais de adaptação à diversidade e no inter de um processo de fusão educativa (Ojea Rúa, 1998). De acordo com o autor o processo educativo deve ser entendido como um processo de inovação educativa onde haja lugar e momentos de reflexão compartilhada e apoio para uma orientação educativa conducente ao êxito e á garantia de equidade.

Vários estudos consideram a universidade ou o ensino superior como um sistema aberto de aprendizagens interpessoais, por isso constitui um contexto especial para a construção e consolidação da autonomia, da identidade e do sentido de vida do jovem adulto (Leandro, 1998).

Vivemos numa sociedade pluralista, a existência de vários caminhos na procura da verdade, obrigam a cultivar o conhecimento, o respeito mútuo, a autonomia e a liberdade responsável. O acesso à educação e posterior formação permitem que o Eu se actualize, vá ao encontro da descoberta de teorias e técnicas que lhe permitam saber lidar com as situações

de êxito e de fracasso, de um modo funcional, e ao mesmo tempo orienta a sua vida no sentido da satisfação do projecto de vida pessoal.

Apesar vivermos numa época de desemprego e excluindo a profissão de modelo e a de jogador de futebol, quanto maior for o grau académico alcançado maior será a oportunidade de emprego, de atingir quadros superiores ou progredir na carreira e alcançar um nível económico elevado. Na continuidade da linha condutora do pensamento anterior, poderemos dizer que a educação (formação) pode constituir uma fonte de satisfação com a vida.

### **3.4.8. EMOÇÕES POSITIVAS (AMIZADE)**

De um modo geral, as emoções são descritas na literatura como fenómenos psicofisiológicos de curta duração, contextualizados num espaço e tempo culturais (Strongman, 1998). Perspectivadas a partir das influências inatas e aprendidas através do processo de socialização, representam uma resposta com significado, que tem como principal objectivo uma adaptação eficiente aos desafios colocados pelo meio ambiente.

Como fenómenos biológicos manifestam-se desde a expressão facial, tonus muscular e voz, observando-se por exemplo, tremores, lágrimas, faces ruborizadas, até às manifestações da actividade do sistema nervoso vegetativo e endócrino, de forma a conseguir um meio interno óptimo para uma resposta eficaz. Algumas como o medo e a cólera têm uma expressão corporal marcada, outras como a esperança ou o orgulho têm predominância intelectual (Averill, 1996; *cit.* Vaz Serra, 1999).

Enquanto fenómenos psicológicos alteram em particular as funções intelectuais, a percepção, o pensamento, a memória, a atenção, a capacidade de concentração, consciência crítica ou fantasias e ainda, numa vertente psico-social influenciam ou determinam, as atitudes, representação social, influência social, julgamento social, formação de impressões (Vaz Serra, 1999; Vala & Monteiro, 1993).

O ser humano só tem sentido e vive quando se movimenta no mundo das emoções. O recém-nascido chora ou sorri, enquanto acto reflexo, e logo o pai e a mãe ficam curiosos, orgulhosos ou preocupados, pelo que rapidamente lhe pegam ou lhe dão carinho acompanhado de palavras de amor. É o princípio de uma comunicação emocional, que está só no início da sua estruturação e consequente a aprendizagem da expressão ou da inibição das emoções. Para além de desempenharem um papel muito significativo na motivação humana, as emoções têm capital importância no desenvolvimento de uma personalidade saudável, da competência social e interferem na possibilidade de ocorrência de psicopatologia.

As emoções podem apresentar duas tonalidades, por isso estão agrupadas em positivas (felicidade, esperança, orgulho, amor, gratidão, compaixão, alegria, amizade, optimismo, alívio) e negativas (cólera, inveja, ciúme, ansiedade, medo, culpabilidade, vergonha, tristeza, ódio, raiva, pessimismo) em conformidade com os acontecimentos de vida.

O estudo científico das emoções positivas tem sido preterido ao das emoções negativas, se nos quisermos libertar destas últimas o melhor que os estudiosos têm a fazer é lançar mãos ao trabalho de investigação sobre a força da vida, as emoções positivas.

De acordo com Lazarus (1999, *cit.* Vaz Serra, 1999) a felicidade, o orgulho e o amor são emoções evocadas por condições favoráveis da vida; e o alívio, acontece logo a seguir, a uma ameaça esperada que não se verifica ou a condições que foram modificadas para melhor.

A propósito do significado de cada emoção, que leva o indivíduo a pensar e agir de determinado modo, o autor considera quinze emoções de *stress*, que costumam ter origem em situações desagradáveis para o indivíduo que provocam emoções negativas (dano, ameaça, desafio, perda) como a cólera, a inveja, o ciúme, a ansiedade, o medo, a culpabilidade, a vergonha e a tristeza; ou em situações agradáveis e de prazer, que desencadeiam emoções positivas (alívio, esperança, felicidade, orgulho, amor, compaixão e gratidão). Por exemplo, um indivíduo que receie que as condições favoráveis que determinam a sua felicidade desapareçam, pode implicar-se de tal forma em esforços de *coping* para proteger o seu estado emocional, que pode entrar em *stress*. Qualquer que seja a situação vivenciada, tudo depende da avaliação que o indivíduo faz dela, por conseguinte, é necessário compreender o processo interactivo que o indivíduo realiza com o seu ambiente (situação↔avaliação↔emoção↔estratégia de acção), contextualizado e temporalmente definido, para melhor compreender o processo emocional em causa, bem como o grau de adaptação do indivíduo.

A memória também pode estar relacionada com a emoção. As mudanças de humor estão relacionadas com o modo como o pessoa se vê a si própria. Acontecimentos positivos originam estados de humor positivos resultantes de emoções positivas, por conseguinte, os julgamentos realizados pelo indivíduo sobre a sua performance e respectivas auto-avaliações finais,



vão no sentido da construção de uma auto-estima elevada (Brown & Mankowski, 1993). Os estudos mostram que as pessoas felizes recordam mais acontecimentos positivos do que negativos, uma vez que têm tendência a interpretar as ocorrências (mesmo quando são neutras) numa orientação positiva, ao contrário das pessoas infelizes (Seidlitz & Diener, 1993).

No mundo das interacções a diferenciação da informação veiculada por um dado comportamento, em termos de moralidade e competência respectiva, referem-se a significados descritivos, tais como traços, objectivos, ou qualidades dos actores; mas, a informação comportamental apresenta também um significado avaliativo que se refere às respostas subjectivas apresentadas pelos observadores em função de modelos culturais e pessoais, expressados por interrogações em termos dicotómicos: são eles bons ou maus, amigáveis ou perigosos, podemos aproximar-nos ou devemos afastarmo-nos?

No domínio das relações interpessoais, *On the basis of an extensive series of studies, Srull and Wyer (1989) postulated that the descriptive and evaluative meanings of behavioral information are stored separately and processed in different ways. Moreover, their processing serves different functions: The descriptive meaning is processed to categorize people and to accurately infer their traits and intentions. In contrast, the evaluative is processed to direct the perceiver's responses concerning approach or avoidance of the target person.* (Wojcizke, Brycz & Borkenau, 1993, 328). De acordo com os autores, podemos considerar que os dois significados se encontram relacionados e são interdependentes.

Do balanço das várias impressões, juízos de valor, identificação de atributos e das representações que um indivíduo realiza sobre um outro, surgem avaliações positivas e negativas que originam respectivamente, comportamentos de aproximação ou de evitamento realizados em função da interpretação da percepção interpessoal.

O modelo de manutenção da auto-avaliação de Tesser (1988) defende que as pessoas estão motivadas a realizar uma avaliação pessoal que tencionam manter, e que é determinada, em parte, a partir de dois processos psicossociais: o *processo de reflexão* (a auto-avaliação apoia-se num testemunho que salienta e aperfeiçoa o outro íntimo, por exemplo: “O meu filho, o doutor” ou “O meu melhor amigo, que é o director do jornal”) e o *processo de comparação* (a auto-avaliação é expressada no sentido de fazer notar a realização e o talento do outro íntimo) (Tesser, Pilkington & McIntosh, 1989).

A amizade é um sentimento ou uma emoção positiva que exprime a afeição por uma pessoa, simpatia e dedicação que tende a estabilizar no tempo. A capacidade de fazer amigos e manter amigos constitui um indicador de relações funcionais, denotando a capacidade de sociabilidade de um indivíduo, ao mesmo tempo que identifica a construção de uma rede de apoio social. A amizade, da mesma forma que o amor, é uma sintonia interactiva dum sentimento que pode durar para toda a vida. Coexiste no espaço e tempo íntimo e cultural das relações interpessoais de confiança mútua, permitindo a aproximação dos indivíduos, que denotam atitudes, interesses, gostos e valores em comum e por isso, agem de modo semelhante.

A atracção interpessoal relaciona-se com o papel da semelhança na atracção e na reversibilidade de sentimentos e pensamentos. Kenny e

Kashy (1994, 1024) referem que a *Friendships is a mutual, voluntary relationship from which members expect intimacy, companionship, and responsiveness*. De acordo com os autores, uma das questões mais pertinentes no domínio das relações interpessoais, diz respeito à distinção entre o tipo de relacionamento estabelecido com os amigos e aquele que é realizado com os conhecidos. Hays (1989, cit. Kenny & Kashy, 1994, 1024) refer que, *close friends were found to interact more often, interact across a greater range of settings and times, and perceive more benefits from their encounters*.

De um modo geral, podemos adiantar que os amigos íntimos encontram sempre uma maneira de interagir com maior frequência, ao longo dos tempos e lugares, pelo que vão progressivamente solidificando a relação e percebem os seus encontros como sendo sempre positivos e benéficos, independentemente das circunstâncias serem agradáveis ou não. Por outro lado, o início de uma amizade e sua continuidade ao longo do tempo, constituem um processo complexo, que envolve as características da personalidade de cada interveniente e uma percepção interpessoal da *pessoa conhecida*, que passa a ser considerada como uma *pessoa amiga*.

A amizade pode ser compreendida como uma expressão da percepção interpessoal, revelando a interferência de um modelo ou a acção de uma modelagem sobre o indivíduo. O processo em causa designado por **co-orientação**, significa que os amigos vêm o mundo de igual modo, quer dizer, a relação pode ser considerada como uma *unidade*, os membros do grupo (A e B) estão ligados entre si, constituindo uma *unidade de relacionamento*. Os indivíduos são interdependentes, adoptam atitudes semelhantes para os

mesmos objectos ou situações (X) e realizam o mesmo tipo de balanço final, esta é a definição da teoria AB–X de Newcomb (1953, *cit.* Kenny & Kasly, 1994). Por conseguinte, é de esperar que dois amigos sejam mais parecidos entre si do que dois conhecidos; ou que, com o decorrer do tempo e a constante partilha de experiências e interesses, os amigos se tornam cada vez mais semelhantes entre si.

As pessoas costumam perceber-se de acordo com o modo como os entes queridos ou como as pessoas significativas as vêem. Uma vez que o (a) amigo(a) é percebido como uma pessoa significativa que se destaca do conjunto dos outros indivíduos conhecidos e desconhecidos, podemos esperar que de certa forma, o(a) amigo (a) no singular ou no plural vá influenciar o conceito que o indivíduo faz de si próprio, determinando assim a sua vida e o modo como realiza a organização e a categorização da informação social.

Através do modelo das relações sociais (*Social Relations Model – SRM*) podemos compreender melhor a organização social, a natureza das interacções em jogo, a percepção subjectiva dos efeitos do relacionamento nos respectivos elementos participantes do grupo de amigos. Existem quatro tipos de co-orientação: o *consenso* (acordo entre as percepções dos indivíduos no julgamento e decisão de um objectivo comum), a *assimilação* (no conhecimento a assimilação é realizada pela proporção da variância da percepção presente na avaliação do ponto de partida ou de referência a *concordância entre o Eu e Outro* ), e por último, o *assumir a semelhança* (o final dos efeitos de co-orientação envolvem a auto-percepção).

Kenny e Kashy (1994) no seu estudo dos processos individuais e da relação de amigos e conhecidos, concluem que a amizade tem a sua origem na co-orientação e nos processos da relação – o aumento da co-orientação está relacionado positivamente com o incremento da ligação das duplas de amigos, isto é, parece afectar largamente as percepções de semelhanças que os pares de amigos apresentam sobre a sua amizade e o acordo único que os amigos têm um com o outro.

Uma emoção de empatia, (como é o caso da amizade) pode apresentar-se com uma função de motivação e uma função de informação. A empatia amplifica ou intensifica a motivação no sentido de atenuar o impacto de um problema. Ao acalmar uma pessoa através da disponibilidade de um ombro amigo que consola, a dor diminui. Ao mesmo tempo, transporta uma informação sobre o grau em que uma pessoa valoriza o bem-estar do outro e quer acalmá-lo ou atenuar o seu sofrimento ou mal-estar, por exemplo, *Sometimes, usually as a result of special relationship such as similarity, kinship, friendship, or attachment (Batson, 1987, 1991), one person comes to value the welfare and happiness of another person (i.e., to love the other, which is not a specific emotion but a goal-independent disposition). When the other's welfare is threatened, maintaining it is likely to become a goal for the first person, who is likely to experience empathic feelings of sympathy, compassion, and the like.* (Batson, Turk, Shaw & Klein, 1995, 301). A empatia é de acordo com os autores citados, uma resposta emocional congruente orientada para o outro com base na percepção do bem-estar do outro indivíduo – se o outro estiver em necessidade, as emoções empáticas incluem sentimentos de simpatia, compaixão, ternura e de gostar dessa pessoa. Neste sentido, na ausência de

sentimentos empáticos os humanos podem apresentar comportamentos anti-sociais. A supressão da empatia proporciona uma avaliação diferente dos problemas humanos e das respectivas inferências realizadas sobre o baixo valor do bem-estar de um indivíduo em necessidade, tantas vezes percebido como menos humano. Por conseguinte, elevada empatia significa maior valoração e preocupação; enquanto, baixa empatia significa menor valoração e preocupação com o bem-estar do outro. A função informativa desempenhada pela emoção empática é de capital importância para a aprendizagem do valor do bem-estar do outro proporcionando um desenvolvimento da relação social adequado.

Um relacionamento de amizade constrói-se a partir de duas vertentes do comportamento informacional (descritiva e avaliativa), de um processo dinâmico de reflexão, comparação, e através do desenvolvimento de uma relação aberta de empatia, segurança, de confiança e defensora dos interesses individuais e comuns. Enquanto emoção positiva é dignificadora da vida humana, está assente no valor do bem-estar e participa na construção de uma personalidade social (por oposição a anti-social); estará relacionada com o apoio social, saúde, bem-estar subjectivo e felicidade e, consequentemente, pode ser considerada uma fonte de bem-estar.

## CAPÍTULO 4

### O DESENVOLVIMENTO DAS RELAÇÕES HUMANAS EM SAÚDE PARA UMA CONSTRUÇÃO DE BEM-ESTAR

#### 4.1. DESENVOLVIMENTO DO STOCK DE SAÚDE

##### 4.1.1. DESENVOLVIMENTO DAS SIGNIFICAÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA

A Psicologia da Saúde é uma disciplina que se tem ocupado com o domínio das significações que as pessoas apresentam nos mundos da saúde e da doença. A *cognitivização* do entendimento da realidade da vida quotidiana dos seres humanos no mundo da saúde e no mundo da doença ocorreu a partir dos finais dos anos 70, (como anteriormente foi descrito no Capítulo 2), possibilitando uma nova abordagem dos processos psicossomáticos da dor, a valorização da informação recolhida em função das interpretações dos pacientes sobre o seus sintomas (valor diagnóstico, de tratamento ou de prevenção dos riscos), avaliação de saúde e uma maior compreensão do comportamento ou conhecimento do ser humano nas suas três facetas: a de uma personalidade *saudável*, de indivíduo *doente* e de pessoa *em recuperação*.

Joyce-Moniz (1993,164) destaca na década de 70 três contribuições importantes para o desenvolvimento dos estudos no domínio das significações e simultaneamente para o avanço da Psicologia da Saúde:

- **Modelo de Crenças de Saúde** (*Health Belief Model*) de Rosenstock em 1966, defende que as ações a favor da saúde e a motivação para os tratamentos médicos, dependem das significações que o indivíduo apresenta da saúde, da sua vulnerabilidade face a esse processo e do custo do tratamento, em termos do esforço e sacrifício. Este modelo permitiu o desenvolvimento de estudos posteriores sobre as consequências das significações de personalidades saudáveis e doentes, respectivos processos orgânicos, atitudes de adesão a programas de prevenção ou aceitação de programas de tratamento.
- **A teoria cognitiva das emoções** desenvolvida por Richard Lazarus defende que a resposta emocional, e nomeadamente o *stress*, são determinados por dois tipos de significações de avaliação da pessoa: (1) avaliação primária da situação (sintoma físico); e (2) avaliação secundária dos recursos para a confrontar (aptidões pessoais, tratamento). Neste âmbito, o *stress* acontece quando a estimativa da gravidade da situação ultrapassa os recursos percebidos.
- **A teoria cognitivista das emoções** de Howard Leventhal assente no paradigma do *processamento da informação*, considera que dois tipos de significações são processados: (1) as que representam as causas e as consequências da doença, do problema sintomático, e das emoções consequentes ligadas a essa interpretação; e (2) as que antecipam o confronto das consequências da doença e das respostas emocionais.

Nos estudos de Psicologia da Saúde sobre as *significações dos processos de doença*, podem pois serem consideradas duas vertentes: a *determinação das causas* (sintomas/doença) e o *confronto ou sua antecipação* (confronto/tratamento). No primeiro caso a investigação prende-se a aspectos relacionados com a veracidade do sintoma, determinantes etiológicos, consequência ou evolução do problema de saúde. No segundo momento,



procura compreender a vivência subjectiva dos sintomas da patologia, experiência de confronto com os sintomas e adesão à importância e significado do tratamento proposto.

Apesar do modelo biomédico já estar ultrapassado, continua a marcar a sua influência no modo como os indivíduos percebem a saúde ou a doença. Neste sentido, tem servido como modelo para as significações que cada um cria e mantém sobre os dois mundos. Contudo, para cada pessoa o impacto conceptual pode diferenciar-se ao longo da sua existência; isto é, as concepções de saúde e de doença podem evoluir de acordo com as sucessivas vivências pessoais, relativas aos processos orgânicos e sócio culturais, onde se integram (Joyce-Moniz & Reis, 1992; Joyce-Moniz, 1993).

No seguimento do pensamento dos autores, as significações individuais e respectivas representações ou expectativas sobre os processos de saúde e doença também mudam ao longo do desenvolvimento, o que possibilita uma ordenação sequencial, ordenada, inclusiva e predizível, em conformidade com os ritmos orgânicos e os limites cognitivos impostos pela transformação. No final da década de 70, Bibace e Walsh apresentaram *seis níveis de significação* a que as crianças e os adolescentes vão progressivamente tendo acesso ao longo do seu desenvolvimento cognitivo-social; e de acordo com Joyce-Moniz (1993, 161) essa sequência de etapas apresenta uma grande semelhança com a evolução das concepções da medicina (passagem de uma fenomenologia causal mágica para perspectivas ontológica e fisiológica); como podemos observar no Quadro 10.

Quadro 10 – Níveis de significações dos processos de saúde e de doença

NÍVEIS DE SIGNIFICAÇÃO	CARACTERÍSTICAS
<p><b>Nível 1– Fenomenológico</b></p> <p><b>Nível 2 –Contagião</b></p>	<p>Sintonia com a fenomenologia mágica e oculta da medicina.</p> <p>As causas da doença e da relação desta com o organismo correspondem ao período pré-operatório do modelo piagetiano.</p> <p>A etiologia da doença é explicada por causalidade mágica .</p> <p>(Exemplo: <i>"Basta que as pessoas nos vejam para nos pegarem uma doença"</i>).</p> <p>As crianças confundem as causas com os sintomas das doenças.</p> <p>Atribuem às forças ocultas poderes de contágio e de punição, resultantes de uma conduta errada.</p>
<p><b>Nível 3 – Contaminação</b></p> <p><b>Nível 4 – Internalização</b></p>	<p>Correspondem ao período piagetiano de aquisição das estruturas operatórias de acção concreta e à concepção ontológica do modelo biomédico.</p> <p>As causas das doenças são atribuídas a infecções, germes e outras entidades externas e concretas, que penetram no organismo provocando os sintomas.</p> <p>(Exemplo: <i>"Se apanharmos frio os micróbios atacam-nos mais"</i>).</p> <p>Devido à impossibilidade de controlo da doença a criança apresenta sentimentos de vulnerabilidade.</p> <p>Experiência de uma luta entre a pessoa que quer manter a saúde e a doença que constitui um agressor estranho e externo.</p>
<p><b>Nível 5– Fisiológico</b></p>	<p>Ocorre no início da adolescência e acompanha o desenvolvimento do indivíduo e a sua relação com o corpo em transformação.</p> <p>Situado numa fase de transição para o período das operações formais, corresponde à perspectiva fisiológica do modelo biomédico.</p> <p>A doença é compreendida em termos de ruptura nas estruturas e/ou funções do organismo, mesmo que a etiologia possa depender de causas externas e/ou internas.</p> <p>(Exemplo: <i>"A doença muda-lhe o sangue, o que faz os órgãos funcionarem mal."</i>)</p> <p>O funcionamento do corpo é comparado ao de uma máquina, e de certa forma, o corpo passa a estar separado dos processos psicológicos e da possibilidade de controlo do organismo pelo indivíduo.</p>
<p><b>Nível 6 – Psicofisiológico</b></p>	<p>Situa-se na adolescência, em pleno período de sistematização das operações formais.</p> <p>Os indivíduos conceptualizam as determinantes fisiológicas e psicológicas na compreensão da doença, reflectindo uma inter-relação entre processos sócio-cognitivos, atitudinais e orgânicos.</p> <p>(Exemplo: <i>" Uma vida agitada e a falta de disciplina pessoal leva a problemas cardíacos, e estes a mais tensão).</i></p> <p>Ultrapassa as perspectivas ontológica e fisiológica do modelo biomédico, colocando-se numa perspectiva biopsicossocial.</p>

O último nível, designado como psicofisiológico, corresponde à etapa mais evoluída e adaptativa, chega mesmo a ultrapassar as concepções do modelo biomédico. A pessoa encontra-se enquadrada no domínio das suas vivências, no âmbito das dimensões orgânicas, psicológicas, sociais, relacionais e culturais, que de um modo contínuo e dinâmico participam no desenvolvimento e estruturação dum todo que constitui uma personalidade

saudável. Por outro lado, e em simultâneo, explicam o mundo das significações que as pessoas criam sobre a *sua saúde* ou a *sua doença*, possibilitando um conhecimento mais abrangente dos processos de saúde e de doença do indivíduo e da sociedade. Neste seguimento, os dados recolhidos são importantes e contribuem para a elaboração de programas de prevenção e promoção do estado de saúde ou de melhor *saber lidar com* (mecanismos de *coping*) o estado de patologia e recuperação.

Todos os dias os saudáveis e os doentes convivem entre si, lidam com a saúde e com a doença, não é só o Eu que está em causa mas também o(s) Outro(s). Por conseguinte, a tarefa de *uma psicologia virada para a saúde* tem como principal preocupação o desenvolvimento/aprendizagem de saúde, a prevenção dos comportamentos de risco e a promoção de estilos de vida salutareis; ao mesmo tempo que se ocupa da substituição de significações inadequadas e não funcionais sobre a saúde ou a doença, ou sobre as atitudes de confronto e *de coping* com a patologia identificada, seja ela do Eu ou do Outro.

#### **4.1.2. OPTIMIZAR A INTERVENÇÃO DA PSICOLOGIA DA SAÚDE**

Para que seja possível otimizar a intervenção de uma psicologia da saúde e do bem-estar é preciso tomar em consideração os diferentes aspectos da personalidade integrados num todo harmonioso, coerente e congruente. Uma personalidade integrada é predictora de acontecimentos psicológicos de saúde (orientação para a autonomia e controlo, auto-actualização, satisfação com a vida, vitalidade, humor positivo, compromisso

com significado). As investigações do passado e dos nossos dias mostraram como as pessoas com elevado nível de integração se apresentam mais auto-actualizadas, vivas e autónomas, com uma abertura às suas próprias experiências e uma empatia às experiências dos outros; elevada auto-estima, bem-estar subjectivo e ajustamento (Sheldon & Kasser, 1995). De acordo com os autores, integração ocorre quando os aspectos de uma personalidade são coerentes entre si e congruentes com as necessidades do organismo: *In terms of personal goal systems, personality is coherent when goals help bring about both same-level and higher level goals. Goal systems are congruent when goals feel genuinely chosen and are expressive of intrinsically satisfying values such as growth, intimacy, and community.* (Sheldon & Kasser, 1995, 531).

Um modelo do bem-estar deverá incluir vários aspectos do funcionamento humano, nomeadamente, aqueles que dizem respeito aos domínios do foro afectivo, cognitivo, social, relacional e de saúde, em particular da saúde mental. De acordo com Lu (1995) os modelos sobre a personalidade, o conhecimento dos efeitos dos acontecimentos de vida ou da adaptação do indivíduo ao ambiente, em particular a perspectiva psico-social são relevantes para explicar o bem-estar subjectivo.

Nos estudos sobre o *stress* e o ajustamento, a saúde mental apresenta-se com um potencial variável, encontrando-se a direcção da saúde contextualizada no âmbito do bem-estar (Albuquerque, 1987; Vaz Serra, 1999).

A avaliação de QV nos estudos clínicos considera para além da presença ou ausência de doença, o modo como as manifestações de uma patologia e/ou tratamento são experienciados por um indivíduo, pelo que são

utilizados instrumentos que se baseiam na auto-avaliação acerca de sentimentos, atitudes e comportamentos (Amorim & Loureiro, 1999).

A construção de um formulário de QV agrega de um modo operacional as avaliações da função física, emocional e social, ao mesmo tempo que se aperfeiçoa e se aproxima do instrumento “ideal”. Para que possa ser realmente útil nas actividades de saúde, deve ser válido na prática clínica diária e compreender as dimensões desejadas entre as ciências médicas, psicológicas e sociais (Lopez *et al.*, 1996; *cit.* Amorim & Coelho, 1999), tais como: *Questionários genéricos* (avaliam a QV em qualquer doença ou condição médica, considerando o estado de saúde e múltiplas dimensões); e *Questionários específicos* (avaliação de aspectos concretos de uma determinada doença, população, função ou aspecto clínico).

De acordo com Bowlong (1995, *cit.* Amorim & Coelho, 1999) os instrumentos específicos que têm sido desenvolvidos são limitados pois, negligenciam os resultados relativos ao apoio social, auto-estima, depressão e outros domínios, este facto evidencia a necessidade de criar ou utilizar outros instrumentos que possibilitam uma maior compreensão da situação individual e social. Neste sentido, os autores apresentam os *Perfis de Saúde*, (resultantes dos instrumentos genéricos), como uma vantagem, dado que permitem identificar as áreas de mau funcionamento que afectam uma determinada população; o que facilita a intervenção terapêutica e possibilita a redefinição de estratégias que conduzam: ao alívio de sintomas clínicos; a prolongar da existência humana, melhorar a vida das pessoas, e, muito em particular, à concretização do propósito de todas as intervenções de saúde – o aumento de QV e do bem-estar individual e social.

A avaliação do estado de saúde, que já constitui uma preocupação na investigação no domínio do desenvolvimentos de saúde, deve fazer parte da rotina da prática dos cuidados de saúde e das actividades ou programas de prevenção e promoção de saúde. Para levar por diante esta tarefa, os investigadores devem criar instrumentos que, para além da componente objectiva, considerem a dimensão subjectiva ou seja, a percepção subjectiva do indivíduo. Desta forma, o profissional de saúde tem a possibilidade de conhecer melhor o indivíduo e actualizar de modo contínuo a informação que dispõe sobre a pessoa, possibilitando uma melhor comunicação e uma intervenção mais abrangente e eficaz.

Como já foi referido anteriormente, a carta de Ottawa apresentada em 1986, surge como um marco importante na forma como deve ser encarado o conceito de saúde. Ao defender-se a perspectiva do *desenvolvimento* de saúde através de um novo conceito, o de *Promoção da Saúde* – que é definido como *o processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e para a melhorar* (Ribeiro, 1996, 185) – abre-se um novo caminho para o bem-estar. No domínio individual ou social é tarefa de todos defender o valor da saúde e trabalhar no sentido da *antecipação* do risco e da *construção* de bem-estar para todos. Um esforço conjunto que permita proteger o bem que constitui a saúde (a “minha” e a “vossa”) e promover estilos de vida salutarres, criando uma linguagem verbal e não verbal do viver em saúde (“*Consegui antecipar!*”; “*Estou na mira dum pensamento saudável!*”; “*Vou aumentar a minha saúde*”, “*Investimento no meu capital de saúde*“, “*Não há instituição mais saudável que a minha!*”, “*Tenho de ajudar o meu amigo a antecipar o risco!*”; “*O*

*melhor prémio é viver numa cidade com prestígio de! saúde”, “Vamos aprender a canção e a dança da saúde!)).*

#### 4.1.3. INVESTIMENTO NO STOCK DO CAPITAL DE SAÚDE

Vivemos numa época comandada por dois poderes: o económico e o da comunicação. As iniciativas giram à volta do lucro mais elevado e da maior audiência. Tais factos, ilustrados constantemente no nosso quotidiano, fazem-nos adiar a expectativa do bem-estar para todos. Talvez, no terceiro milénio, as pessoas construam uma *consciência de saúde* e tomem como principal preocupação o real investimento no *stock* do capital de saúde do ser humano. Mas, a que tipo de *investimento* nos estamos a referir? Quando uma bateria está fraca temos de repor a energia perdida, mas para isso temos de dispor do carregador. Que factores contribuem para perder, aumentar, manter ou recuperar a saúde ?

Nos capítulos anteriores salientaram-se vários estudos bem ilustrativos da actuação dinâmica, interactiva e simultânea dos diversos factores que interferem na determinação da saúde de um indivíduo, de uma população ou de uma nação. Circunscritos numa abordagem bio-psico-sócio-cultural, vão desde os aspectos biológicos ao meio ambiente, desde os estilos de vida à organização dos serviços de saúde. Ao relacionar o bem-estar das pessoas com a distribuição dos *recursos para a saúde* entramos forçosamente no contexto dos factores sócio-económicos.

No domínio da economia e da verba para a saúde dois caminhos podem ser trilhados: (1) investimento na “cura do mal”, tratamento e

fornecimento de serviços de saúde; e (2) investimento na prevenção do risco e promoção da saúde. Embora os dois sejam necessários e importantes para o bem-estar dos indivíduos, quando se trata de escolher por qual optar ou começar em primeiro lugar, é a *lei do lucro e a lei da política* que decidem. É o aqui e o agora que importa, muitos interesses se jogam e sabemos que, os resultados dos programas de prevenção e de promoção de saúde levam o seu tempo, dependem da motivação dos indivíduos e são de certa forma “invisíveis”, apesar de presentes e expressivos. Os cuidados de saúde são observáveis num espaço e tempo identificados, são facilmente contabilizados, transformados em taxas e resultados estatísticos.

Giraldes (1993, 9), a propósito da saúde e factores sócio-económicos, faz referência a vários estudos bastante interessantes, que podem situar a problemática em questão:

- Na população da Escócia da década de 70, uma parte das taxas de mortalidade mais elevadas, era atribuída à mortalidade por doenças do coração e cancro do pulmão, causadas em parte pela maior prevalência do fumo do tabaco (Butler, 1979). A redução da mortalidade devida às duas patologias é conseguida através da concentração de recursos nos serviços hospitalares especializados e adequados, ou de tentativas para a redução da prevalência do fumo do tabaco e de programas de prevenção do hábito de fumar ?
- Os investigadores dos serviços de saúde e a população em geral estão frequentemente de **acordo** que um aumento dos serviços de saúde (edifícios, camas hospitalares, despesas de saúde, equipamento, médicos, enfermeiros) conduz ou significa uma melhoria de saúde (Maynard, 1981).
- A **pobreza** reforça o *status* social, visto que, está relacionada com más condições de trabalho e de habitação, sobrelotação, emprego irregular, maior exposição a riscos de infecções e acidentes, impossibilidade de pagar férias, maior grau de dependência, menor familiaridade com as práticas de saúde e menor acesso a serviços de saúde, as taxas de morbilidade e morte podem ser superiores (Towsend, 1981).
- O **desemprego** surge como um indicador de instabilidade económica e pode conduzir a uma mortalidade prematura; contudo, não é tanto pela diminuição do rendimento ou do poder aquisitivo, o que desencadeia os problemas de saúde está mais relacionado com a perda de *status*, a estigmatização, o *stress*, que origina a instabilidade social (Schwefel, 1985).
- Num estudo que envolveu alguns **países desenvolvidos** verificou-se que os factores que habitualmente são considerados como indicadores da qualidade dos cuidados de saúde (*ratio* de clínicos gerais, números de camas hospitalares *per capita* para doentes agudos) não estavam



relacionados com a redução das taxas de mortalidade das crianças e dos adultos (Cochrane *et al.*, 1978).

- Os estudos sugerem que o **meio ambiente sócio-económico** em que os indivíduos vivem pode ser um factor determinante do seu estado de saúde. As diferenças nos padrões comportamentais dos grupos sociais podem explicar as desigualdades em saúde, nomeadamente, as diferenças significativas na prática do exercício e no consumo de tabaco, em que o factor rendimento parece determinante, destaque para o facto de muitas das actividades de lazer implicarem tempo livre e custos por vezes dispendiosos (Le Grand, 1982).
- As variações inter-regiões da mortalidade infantil, da mortalidade geral, mortes hospitalares e incapacidade eram mais explicadas pelos **indicadores sócio-demográficos** do que pelos indicadores de cuidados médicos (Martini *et al.*, 1977).
- O **rendimento** é um factor determinante para a saúde, em particular para uma dieta alimentar, pois encontra-se relacionada num sentido negativo com a mortalidade (Wilkinson, 1976; Leech & Cowling, 1978).
- As mortes por acidente de veículo automóvel estão relacionadas de modo bastante significativo com os **hábitos de vida dos indivíduos**, em menor grau com o estado das estradas e *design* dos automóveis e em muito menor grau à disponibilidade de tratamento de emergência, em função do tipo de uma ordem de grandeza, temos respectivamente, 75%. 20% e 5% (Dearden, 1985).
- As disparidades da morte reflectem a **experiência social** da fase de crescimento e na idade adulta no que diz respeito à nutrição, meio-ambiente, exposição a riscos de saúde e estilos de vida relacionados com a saúde ou com a origem da doença; mau estado de saúde origina a pobreza o que torna difícil distinguir entre o mau estado de saúde produzido pela pobreza ou o contrário (Illsley & Svensson, 1986).
- Um aumento da despesa em habitação, educação, segurança social e criação de novos empregos terá mais impacto na **diminuição das desigualdades de saúde** do que um incremento na despesa em serviços de saúde (Dearden, 1985).

Existe a ideia errada de que um aumento da aplicação da despesa em serviços de saúde conduz a uma melhoria no nível de saúde; por isso, nos últimos tempos, a maior parte dos esforços para melhorar a saúde têm sido dispendidos na organização dos serviços de saúde, pelo que, elevadas quantias de dinheiro têm sido aplicadas para tratar doenças, que poderiam muito bem ter sido prevenidas, caso o investimento tivesse acontecido na área certa (Maynard, 1981, Dearden, 1985, *cit.* Giraldes, 1993).

É conveniente considerar, que os elevados níveis de saúde dizem respeito, não só às melhorias dos aspectos do meio ambiente hostis à saúde, ao desenvolvimento de meios mais sofisticados de tratamento, concentração

de recursos nos serviços hospitalares ou organização dos serviços de saúde, mas também, e muito em particular, à existência de programas de saúde modernos no sentido de actuais, actualizados e contextualizados, pois não se pode ignorar o valor primordial da protecção da saúde, seja através da prevenção do risco ou da promoção do comportamento salutar.

A gestão da saúde não é uma tarefa fácil, já que abrange inúmeros domínios e interage com interesses económicos pessoais e sociais; mas não é por causa destas dificuldades que vamos ignorar as conclusões dos trabalhos de investigação sobre o assunto ou descuidar as alternativas viáveis para elevar o nível de saúde de um indivíduo ou de uma população.

Em primeiro lugar é preciso distinguir entre **inputs** dos serviços de saúde (camas hospitalares, despesas de saúde, médicos, enfermeiros, equipamento), serviços de cuidados de saúde, medida do *throughput* (número de casos, dias de internamento), e os resultados no nível de saúde, medida do **output** dos serviços de saúde (Maynard, 1981; Giraldes, 1993). Mas, não basta ficar por aqui, de acordo com o autor podemos otimizar o nível de saúde se outros *inputs* forem considerados. É neste contexto que surge o *stock* de saúde de um indivíduo, cujo nível é determinado por factores como os cuidados de saúde, o rendimento, a educação, a habitação, a vida familiar, entre outros a serem considerados

Maynard inspirou-se no trabalho de Grossman de 1972, um economista que considerou a saúde como um **stock**, que se deprecia ao longo do tempo e pode ser aumentado através do investimento. O nível de saúde de um indivíduo está relacionado com os recursos destinados à sua produção, por

consequente, os *consumidores de saúde* procuram o *produto* por duas razões especiais:

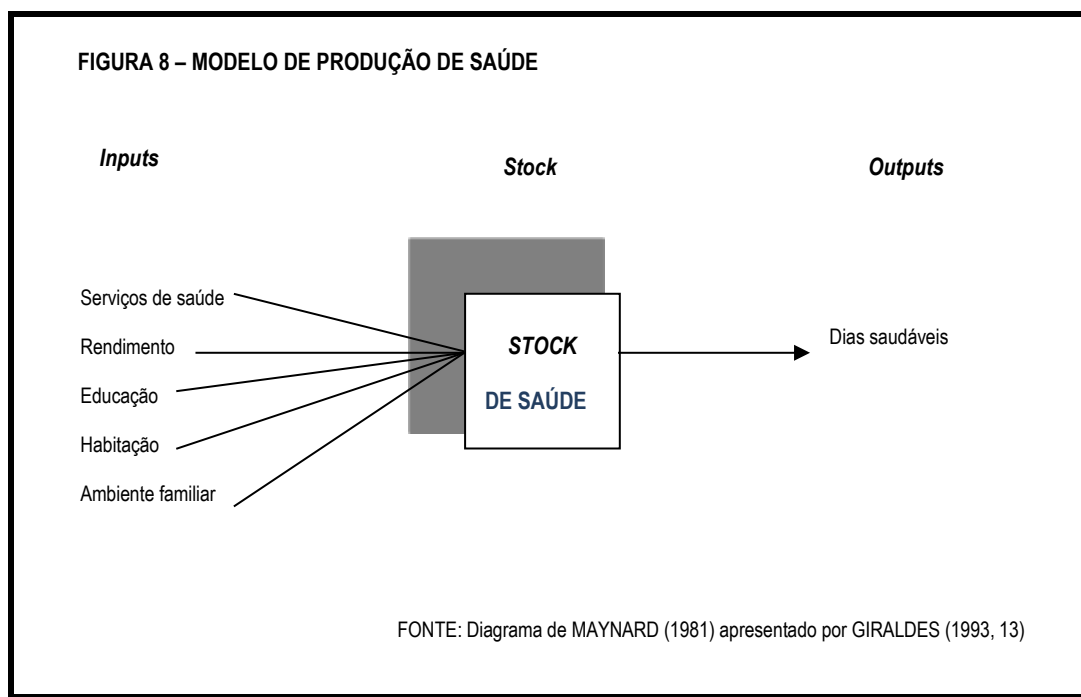
- **a saúde constitui um *bem de consumo*** (os dias de doença e de baixa, são uma fonte de inutilidade, uma perda de tempo e de produtividade;
- **a saúde é considerada um *bem de investimento*** (disponibiliza tempo para o trabalho produtivo e para a força criadora).

Neste sentido, um aumento do “*stock*” de saúde corresponde a uma redução do tempo perdido, o que implica um determinado *ganho* em valor monetário correspondente, que em simultâneo, é um índice do resultado dum investimento em saúde.

Numa apreciação do modelo de Grossman, Fuchs (1972, *cit.* Giraldes, 1993) salienta o facto de nesta concepção os indivíduos terem a oportunidade de *escolha* do seu nível de saúde, da mesma forma que procuram e decidem o consumo de outros bens, pelo que se destacam os seguintes aspectos do estudo pioneiro do economista:

- a influência de variáveis como a *idade* e o *nível de educação* modificam objectivamente o “preço” da saúde;
- os *cuidados de saúde* são um *input* a ser considerado mas não o único, nesta perspectiva o *nível educacional* deverá ser também considerado um factor determinante de saúde;
- um *rendimento* mais elevado não conduz necessariamente a níveis mais elevados de saúde, já que, maiores níveis de rendimento estão relacionados positivamente com elevados níveis de consumo de bens e serviços, muitas vezes prejudiciais à saúde.

Ao considerar-se a possibilidade de outros factores poderem ser identificados como *inputs* de saúde, Maynard constrói no início da década de 80 uma representação do *modelo de produção de saúde* sob a forma de um diagrama. Na Figura 8, que a seguir apresentamos, podemos observar o modelo



e a reprodução do referido esquema, onde são considerados alguns factores que podem determinar a *taxa de depreciação* do *stock* de saúde e o *custo* de manutenção ou de incremento do nível de saúde: o rendimento, a educação, o estilo de vida e o acesso aos cuidados de saúde (Maynard, 1981; Maynard & Ludbrook, 1982; Le Grand, 1982; *cit.* Giraldes, 1993). De acordo com os autores, possibilidade de perspectivar a saúde como um *stock* de capital idêntico a outras formas de capital humano ou físico, permite observar:

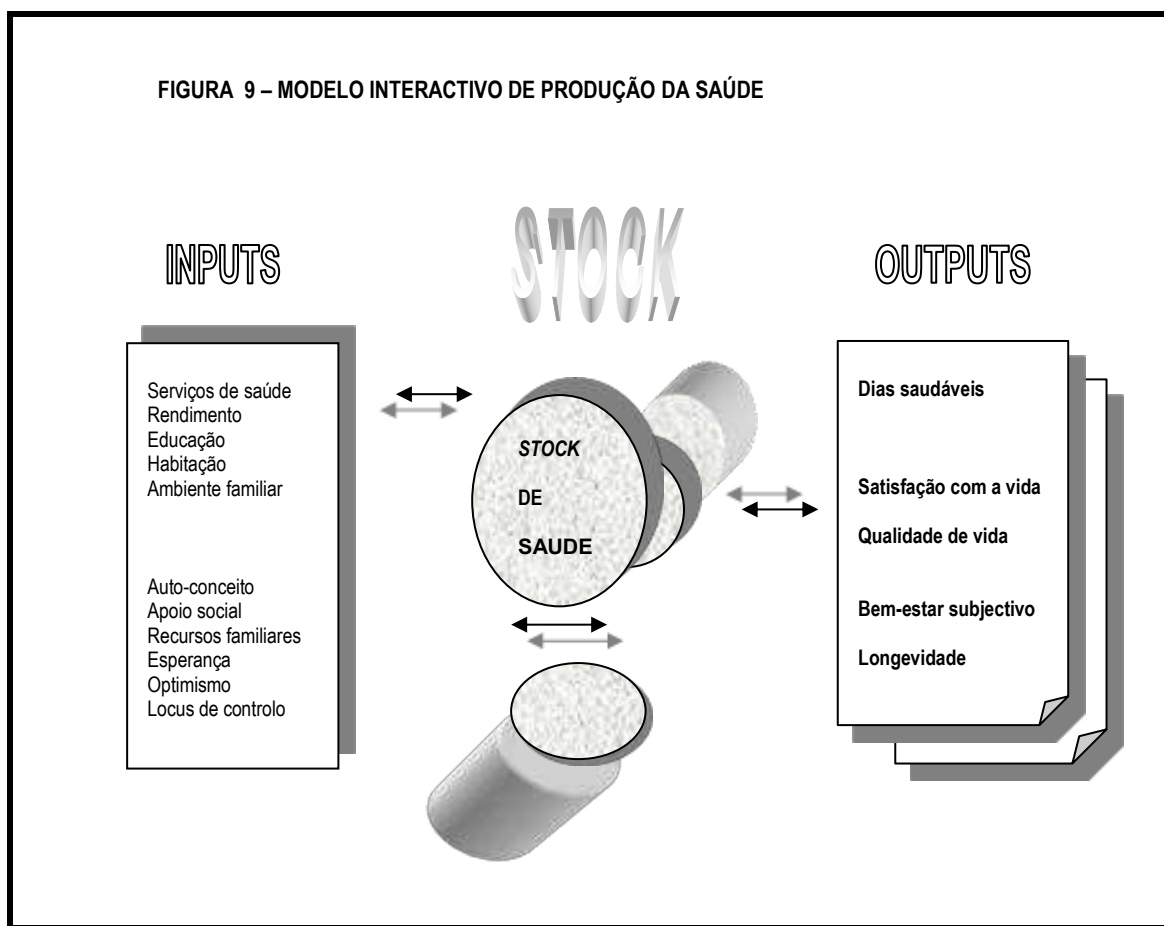
⇒ A **rebaixa do valor** ao longo do tempo (devida ao envelhecimento ou a uma doença ou acidente não evitável).

- ⇒ A **manutenção e/ou incremento** através do investimento em actividades de promoção de saúde (fazer exercício, realizar *check up* periódico, receber tratamento médico adequado).
- ⇒ O **aumento da taxa de depreciação** devido ao envolvimento de actividades devastadoras do *stock* de saúde (tabaco, condições de trabalho muito exigentes).
- ⇒ As **diferenças de stocks de saúde** (os indivíduos dos grupos sócio-económicos desfavorecidos, devido à má nutrição da mãe, factores ambientais, baixo nível educacional, desconhecimento dos benefícios de uma dieta equilibrada ou de serviços médicos preventivos ou curativos, farão em princípio, menores investimentos em saúde do que os indivíduos dos grupos sociais médio ou elevado; pelo que, rapidamente consomem a sua única riqueza: a saúde).

No modelo de produção de saúde o indivíduo passa a ter um papel activo na construção de uma vida salutar, ele é o actor principal, o agente da sua própria saúde, já que pode consumir, investir e desgastar até à exaustão o seu *stock* de saúde. No entanto, o processo que decorre entre os *inputs* e os *outputs*, não pode ser considerado como um processo linear, mas sim, como um processo interactivo. A dinâmica compreendida desde as entradas dos recursos, ao tempo de serem transformados numa *pilha de energia de saúde* (armazenamento), cuja qualidade e quantidade podem ser observadas pelas saídas (vivências de saúde), está circunscrita no plano de uma dimensão interactiva. Quer dizer que, faz parte de uma comunicação de saúde, que só poderá ser realmente compreendida e maximizada através do conhecimento do mecanismo de retroacção ou *feedback*, implícito no comportamento de produção de saúde do indivíduo. A avaliação dos dias saudáveis é importante para realizar o reajustamento, aperfeiçoamento dos

*inputs*, passando inclusivé, para a aquisição de novos e a eliminação dos desnecessários, para novamente tudo recomeçar.

A vida está ligada à corrente da saúde, por isso, *um Modelo interactivo de produção de saúde* implica não só, a participação do indivíduo na produção do seu próprio *stock* de saúde, mas também, responsabiliza todos os cidadãos e cada um em particular, pelo *stock* de saúde do Outro, que numa visão mais alargada, abrange também o *stock* de saúde da comunidade, da nação ou do planeta Terra; só assim é possível tornar realidade a equidade social de saúde.



A escolha e o consumo de bens (de um modo regrado ou desregrado) direcciona a vida de uma personalidade em devir e determina o

processo de *capitalização de saúde*. Na Figura 9, que a seguir apresentamos, está representado o *Modelo interactivo de produção de saúde*, como se pode observar, para além do *feedback* estabelecido entre os *inputs* e os *outputs* para a construção de saúde, os *inputs* integram novos factores para a produção de saúde: o auto-conceito, o apoio social, os recursos familiares, a orientação da vida (optimismo); a esperança e o locus de controlo; e no que diz respeito aos resultados do nível de saúde eles estão enriquecidos com a uma *co-salubridade* verificada pela participação dos indicadores de satisfação com a vida, qualidade de vida, bem-estar subjectivo e longevidade (máximo número de anos com saúde).

A equidade da situação de saúde poderá ser alcançada se existirem esforços eficazes que tenham em consideração o conhecimento e a prática dos diversos domínios que contribuem para o incremento do capital de saúde; ou seja, as estratégias a serem implementadas implicam uma cooperação real e a participação activa dos profissionais dos mais diversos sectores, bons resultados de saúde só podem ser obtidos através de planos transversais e de estratégias multisectoriais.

## **4.2. AUTO-CONCEITO E LOCUS DE CONTROLO DE SAÚDE**

### **4.2.1. O AUTO-CONCEITO NA CONSTRUÇÃO DE BEM-ESTAR**

Ao longo da sua existência, cada personalidade tem como tarefa principal aprofundar cada vez mais o conhecimento sobre si própria, na procura e na actualização da sua identidade. Neste processo contínuo de *To know*

*oneself is to like oneself* (Baumgardner, 1990, 1062), o ser humano vai descobrindo os seus atributos, aptidões, opções ou escolhas comportamentais, atitudes, valores, gostos, valores, sentimentos, construindo uma comunicação especial consigo próprio (diálogo interno) num sentido positivo ou negativo, da auto-valorização, auto-estima ou do auto-afecto.

Neste processo de auto-conhecimento, não podemos ignorar o papel desempenhado pelo grupo exterior ou pelos diversos grupos a que uma personalidade pertence, na determinação da sua identidade social. Wilder e Shapiro (1984) consideram que por causa de pertencermos a vários grupos, possuímos identidades sociais múltiplas, pelo que, para conhecer ou compreender melhor o comportamento de uma pessoa, é preciso saber como ela se define a ela própria, dado que uma identidade social particular apresenta normas, valores, expectativas particulares, que guiam o comportamento.

Havergreaves (1972) refere que, na descoberta do *eu real*, muitos de nós escapam às suas próprias formas de conflito, resultantes das vivências da multiplicidade dos “eus” sociais, dos vários papéis ou tipos de relacionamento que uma personalidade apresenta; isto é, nós podemos ser o *nosso próprio eu real* se soubermos identificá-lo a partir de três condições: (1) nós sabemos o que esperar de nós próprios; (2) somos capazes de deixar as expectativas das gratificações de nós próprios e dos outros envolvidos; (3) nós sentimos que somos aceites sobre o que somos, sem condições nem reservas.

O modo como é percebida a relação estabelecida entre as várias auto-imagens ajuda a construir de forma significativa o auto-conceito e, em particular, a efectuar uma auto-avaliação das qualidades e desempenhos do próprio sujeito (auto-estima), assim, a atitude perante o próprio Eu define o



caminho da relação entre a auto-imagem explícita e o auto-conhecimento tácito. A elaboração dos comportamentos perante a realidade determina o caminho da relação estrutural de cada identidade pessoal; quando esta interage com experiências desconhecidas observamos a construção de planos e a definição de comportamentos consistentes e em conformidade com a atitude perante si próprio(a), que se mantêm estáveis e coerentes, num mundo em mudança (Guidiano, 1987).

A percepção que um indivíduo tem de si próprio nas mais variadas situações (social, emocional, física ou académica) foi designada de auto-conceito (Vaz Serra, 1986); trata-se de uma variável psicológica que constitui um *Testemunho da unidade de coerência do comportamento individual dá-nos a noção da continuidade do ser humano, ajudando-nos a conhecer e a prever os seus comportamentos, independentemente de eventuais influências do meio ambiente.* (Vaz Serra, 1988a, 128).

Gottfredson (1985) concetualiza o auto-conceito como uma constelação de percepções e avaliações que as pessoas fazem acerca de si próprias, a partir de duas: (1) identidades (diz respeito ao conteúdo das percepções e crenças pessoais acerca de si próprio(a)); (2) auto-estima (modo como cada um se avalia ou sente em relação a si próprio(a)).

Marsh e Shavelson (1985) consideram que o auto-conceito constitui um constructo abrangente, dado que inclui uma dimensão *descritiva* e outra *avaliativa* – engloba a auto-estima e ao mesmo tempo, as ideias, os pensamentos, as atitudes e os sentimentos (por exemplo: sentimentos de satisfação, auto-confiança, valor pessoal, auto-aceitação das suas capacidades e características físicas).

O que parece ser significativo não são tanto as auto-avaliações em si, mas as emoções que as mesmas são ou não são capazes de evocar; por conseguinte, as auto-avaliações podem não corresponder a avaliações reflectidas, apresentando-se muitas vezes como fruto de comparações sociais; daí que a importância do auto-conceito em termos clínicos esteja circunscrita a quatro ordens de factores (Vaz Serra, 1986, 1988a): (1) apreciações dos outros sobre o comportamento de uma personalidade; (2) forma como essa personalidade se desempenha (bem ou mal) em situações específicas; (3) comparação do comportamento dessa personalidade com as do grupo social a que pertence; (4) confronto de uma pessoa com os valores instituídos por um grupo normativo (religioso, político, desportivo ou outro).

A construção do auto-conceito numa pessoa mostra-nos a capacidade que os humanos possuem em se definirem a si próprios, simultaneamente, enquanto *objecto* e *observador* desses objecto – distanciando-se de si próprios para melhor observarem os seus próprios comportamentos quotidianos e os comportamentos dos outros em relação à sua pessoa. Neste universo pessoal, é de toda a conveniência identificar e distinguir os seguintes faces do constructo em causa: o **auto-conceito real** (modo como uma pessoa se percebe e avalia, tal como é, na realidade); o **auto-conceito ideal** (caracteriza em simultâneo a forma como uma pessoa se percebe na realidade e como sente que gostaria de ser); a **auto-estima** (parte afectiva do auto-conceito em que o indivíduo realiza julgamentos de si próprio, vivenciando sentimentos de bom ou mau às facetas da sua própria identidade); e o **auto-conceito aspirado** (aquilo que uma pessoa espera e pretende atingir,

é uma percepção mais real ligada á situação das aspirações dos indivíduos) (Faria, 1993).

A propósito do auto-conceito escolar Simões e Vaz Serra (1987) fazem notar que as experiências de fracasso que caracterizam as crianças com dificuldades de aprendizagem não são necessariamente acompanhadas por percepções de inadequação pessoal; ou que os alunos que experimentam resultados escolares predominantemente negativos podem ser capazes de retirar indicações mais positivas do seu valor pessoal em áreas extra-escolares; contudo, um aluno com um auto-conceito pobre tem tendência a apresentar comportamentos de isolamento, passividade ou apagamento pessoal; e os níveis de rendimento escolar dos alunos com insucesso aumentam a seguir à aplicação de programas orientados para a melhoria do auto-conceito.

Fleming e Watts (1980, *cit.* Lucas, Diener & Suth, 1996) consideram que a auto-estima é o julgamento da pessoa sobre sua própria palavra. No entanto, existem diferenças sobre a *sua palavra* e a *sua vida*, como é o caso das culturas individualistas que apresentam uma focagem na importância do Eu, os julgamentos de satisfação com a vida podem apenas se referir à felicidade sentida com o Eu (Lucas, *et al.*, 1996).

Os investigadores acreditam que a satisfação com a vida (avaliação pessoal sobre si e a sua própria vida) refere-se a um julgamento que inclui avaliações do bem-estar da própria pessoa, saúde, amizades e relação romântica; e ainda, uma satisfação consigo próprio, o que implica que a satisfação com a vida seja distinta da auto-estima (Diener, 1984; Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991).

Num estudo que envolveu 49 países, Diener & Diener (1995) defendem que a auto-estima e a satisfação com a vida não são sinónimos e adiantam, que embora a relação dos dois constructos seja muito significativa e de orientação positiva, a intensidade da força que as une está na dependência do ambiente social em que os humanos vivem (individualismo ou colectivismo). Por exemplo, nos países individualistas como os Estados Unidos, a auto-estima e a satisfação com a vida estão altamente correlacionadas entre si, enquanto nas sociedades colectivas se observam relações mais fracas. Os resultados sugerem que a auto-estima é uma componente da satisfação com a vida, cuja importância varia em função dos factores culturais.

Ao considerar o auto-conceito envolvido em todas as actividades em que o ser humano participa é compreensível que um indivíduo com elevado auto-conceito desenvolva uma personalidade saudável. Já que, a construção de uma comunicação individual adequada é força motriz de uma comunicação social saudável (e vice-versa), o indivíduo apresenta-se muito mais apto para resolver adequadamente os problemas do quotidiano, obtendo experiências de êxito e edificando uma memória positiva; ao mesmo tempo, consegue arranjar uma rede de suporte social estável amortizadora dos seus problemas, pelo que, corre mesmos riscos e diminuindo a possibilidade de apresentar uma patologia (Vaz Serra, 1988b; Vaz Serra, Faria & Firmino, 1992, Faria 1993).

#### **4.2.2. LOCUS DE CONTROLO, SAÚDE E RELAÇÕES**

O conceito de controlo tem interesse e importância para os investigadores de saúde por três razões (Syme, 1989): (1) Incorpora num só

pensamento uma variedade de ideias; (2) o conceito parece ter uma larga aplicabilidade – foi referido como uma variável exploratória de estudos em animais e humanos, em estudos clínicos e investigação epidemiológica (importância no estudo de pesquisa interdisciplinar); (3) o conceito refere-se a comportamentos que podem ser alvo de intervenção.

Vários estudos sobre o bem-estar têm mostrado que elevada felicidade e satisfação com a vida estão relacionados entre si de forma positiva e estabelecem ligações do mesmo tipo com elevada auto-estima, índice superior de controlo interno e baixo nível de ansiedade (Cammock, Joseph & Lewis, 1994; *cit.* Walsh *et al.*, 1995).

Stephoe e Appels (1989) defende que o controlo pessoal é bastante reconhecido como um conceito central na compreensão das relações entre experiências de *stress*, comportamento e saúde. De acordo com o autor as investigações experimentais indicam que o controlo de uma estimulação aversiva apresenta efeitos profundos nas respostas automáticas, endócrinas e pode influenciar os processos patológicos implicados no desenvolvimento de uma doença cardiovascular, rejeição de um tumor ou proliferação e aquisição gastrointestinal. Clinicamente, o controlo e o tipo de controlo têm sido identificados como relevantes para a experiência de pânico, ansiedade e depressão.

De acordo com a teoria cognitiva social de Bandura (1986) e a teoria do comportamento planeado de Ajzen (1985), a percepção da auto-eficácia ou a percepção do controlo comportamental é um importante predictor do comportamento actual (Saderson, 1999). Por exemplo, as intervenções de prevenção do HIV focalizadas no incremento de aptidões comportamentais

para um aumento da auto-eficácia, têm apresentado efeitos positivos nas intenções de utilização do preservativo e uso de contraceptivos, contribuindo para uma diminuição do risco de HIV associado ao comportamento sexual. Contudo, as intervenções de redução do perigo não tiveram em consideração a eficácia do treino dos distintos tipos de auto-eficácia, como as aptidões de comunicação de auto-eficácia e as aptidões técnicas de auto-eficácia.

Saderson (1999) baseando-se nas teorias de Bandura e Ajzen procurou examinar o efeito preventivo de diferentes videos sobre o HIV nas relações íntimas em jovens estudantes. Os resultados encontrados sugerem que as intervenções baseadas no video podem ser um meio efectivo para diminuir o comportamento de risco sexual e que as mensagens de prevenção de HIV que focam as aptidões de técnicas e de comunicação são as que mais conduzem ao êxito da mudança de comportamento.

Julian Rotter (1966, *cit.* Barros & Barros, 1989), no contexto da sua teoria de aprendizagem social, introduziu o conceito de locus de controlo para designar as expectativas gerais criadas pelo indivíduo em relação ao ambiente em que se circunscreve. Por conseguinte, este constructo diz respeito à percepção, crença ou expectativa que o indivíduo tem de controlar ou não os acontecimentos. O autor considerou duas dimensões distintas: o *locus de controlo interno* (o indivíduo considera que as consequências do seu comportamento são devidas a si próprio, pelo que é responsável pelo reforço) e o *locus de controlo externo* (a pessoa admite que a sua conduta escapa ao controlo individual, pelo que considera que esta é determinada por factores do acaso, sorte, destino, ou da influência de outros poderosos, como pessoas ou instituições).

Relvas, Vaz Serra, Saraiva e Coelho (1984) defendem que o estudo do locus de controlo inscreve-se no âmbito da investigação da percepção do reforço, da percepção de uma relação causal entre o comportamento individual, a situação e a recompensa, em termos de aprendizagem social. Por conseguinte, a variação das expectativas podem ser diversas para consequências percebidas como positivas ou negativas e serem específicas para determinadas situações ou grupos de situações.

Neto, Barros e Barros (1990) num estudo sobre a atribuição e locus de controlo, observaram que quanto mais elevado for o locus de controlo interno, maior é a tendência para o indivíduo sentir responsabilidade pelos resultados positivos, o que está de acordo com outros estudos realizados dentro deste âmbito.

Ribeiro (1994) salientou vários estudos que têm mostrado a relação entre o locus de controlo e a saúde ou cuidados de saúde, dando origem a instrumentos de avaliação específicos sobre o assunto. Por exemplo, a escala *Multidimensional Health Locus of Control* (MHLOC) de Wallston, Wallston & Develis (1978) apresenta a avaliação de três dimensões: o controlo interno (crença que os acontecimentos de saúde são determinados pelas próprias acções e decisões); outros poderosos (crença que as acções dos médicos ou de outros profissionais determinam os eventos de saúde a partir das instruções, recomendações e medicação) e o controlo da sorte (crença de que a saúde e a doença é uma questão de sorte ou do destino) (Bundek, Marks & Richardson, 1993).

Os indivíduos que apresentam um locus de controlo interno obtêm maiores benefícios do apoio social do que aqueles que evidenciam uma maior orientação de externalidade (Lefcourt *et al.*, 1984, *cit.* Vaz Serra, 1999).

Um introvertido é um indivíduo voltado para o mundo interior e subjectivo, enquanto que o extrovertido está atento ao mundo exterior e objectivo, logo, podemos dizer que, o introvertido mantém os seus sentimentos sob um controlo estrito enquanto que os extrovertidos, são optimistas, perdem facilmente o auto-domínio e os seus sentimentos não estão sob um controlo rígido (Vaz Serra, Ponciano & Freitas, 1980).

De acordo com vários estudos, uma criança com tendência a ser envergonhada quando está na presença de crianças e adultos desconhecidos, ou que se apresenta reservada, tímida, evitante e triste, quando confrontada com acontecimentos estranhos ao seu mundo, denota um nível de regulação de temperamento baixo, pelo que, geralmente, estamos diante de uma ansiedade social (Eisenberg, Fabes & Murphy, 1995). Na idade adulta a vergonha está relacionada os medos sociais, medos não sociais, timidez, ansiedade, solidão, ressentimento e superstição, bem como com elevados níveis de pensamentos negativos e baixos níveis de pensamentos positivos.

A sociabilidade embora esteja correlacionada com o afecto positivo, de um modo geral, não se encontra relacionada com o afecto negativo, nem com pensamentos positivos que digam respeito a interacções sociais (Emmons & Diener, 1989; Bruch *et al.*, 1989; *cit.* Eisenberg, Fabes & Murphy, 1995).

O tipo de regulação temperamental está geralmente relacionado com a regulação da emoção, focagem da atenção (capacidade de sustentar a



atenção), controlo da activação (início voluntário da acção ou sua continuidade) e controlo inibitório (inibição da acção); por conseguinte, o controlo da inibição ou da activação de uma conduta, determinam um papel importante na regulação emocional derivada dum comportamento; tal facto implica que o indivíduo disponha de certas formas de orientação para saber lidar com o problema em causa, seja capaz de resolver problemas e realizar um planeamento da acção, em função de expectativas adequadas (Eisenberg, Fabes & Murphy, 1995).

Uma vez que a formação do auto-controlo depende do tipo e da qualidade da relação afectiva que se estabelece nos primeiros tempos entre a criança e os pais, estes últimos, são responsáveis pela integração e funcionamento social da criança, futuro adolescente e adulto.

Através da dinâmica interactiva da família, a criança desenvolve o sentido de controlo e á medida que constrói a sua personalidade edifica o seu locus de controlo interno e externo. Nas interrelações pais-filho(a) é de salientar o contributo da criança para o desenvolvimento do sentido de controlo nos pais, pelo que deve ser considerado uma construção de controlo a partir da comunicação estabelecida entre os dois lados (parental e filial).

As crenças dos membros da família sobre as suas aptidões e desempenhos têm influência uns nos outros no âmbito da comunicação. A este propósito, Cook (1993) identifica três dimensões: (1) eficácia (*effectance*) – que se refere ao sentimento de controlo pessoal no relacionamento; (2) conhecimento (*acquiescence*) – assente na crença de que a pessoa é controlada pelo(a) parceiro(a); e (3) sorte (*fate*) – diz respeito à crença de que

os acontecimentos relativos á relação são devidos ao destino, á sorte, ou a factores desconhecidos.

A existência da interdependência das dimensões do controlo foi investigado através do Modelo de Relações Sociais. Os resultados dos estudos mostraram que o sentido de controlo interpessoal nunca é uma função percebida pelo indivíduo de forma solitária mas depende também das características do outro familiar e do tipo de relação estabelecida.

Nos anos 70 Kelley apresenta a sua Teoria da Interdependência, definindo o conceito em causa, como a extensão em que duas pessoas controlam os acontecimentos uma da outra. Nas relações íntimas o controlo apresenta-se de várias formas: através de reclamações ou pedidos; influências sem tomar consciências delas; ou para fornecer algum conforto ou carinho. O desenvolvimento do sentido de controlo está muito próximo das interacções. Se as pessoas compreendem o seu comportamento contingencial e o relacionam com os seus acontecimentos de vida, o seu sentido de controlo aumentará. Se percebe o comportamento independente das ocorrências o sentido de controlo diminuirá (Fischam & Caim, 1986).

Se o sentido do controlo for baseado na percepção da interacção dos acontecimentos, então os factores que determinam a interacção devem também determinar a interacção como devem ser percebidos.

A Teoria da Interdependência de Kelley (1979) propõe três fontes de controlo: (1) *controlo reflexivo* (reflecte mais a independência do que a interdependência e diz respeito à extensão em que uma pessoa controla o seu comportamento na interacção com os acontecimentos, independentemente do outro); (2) *controlo da sorte* (diz respeito ao controlo do outro sobre os

acontecimentos da pessoa – quando o controlo é unilateral o indivíduo depende do outro, quando a dependência é mútua os acontecimentos de ambos são interdependentes); e (3) *controlo comportamental* (reflecte o grau em que a interacção dos acontecimentos é dada em função da articulação das acções do par de membros – acontecimentos positivos oferecem uma gama de escolhas enquanto os negativos apresentam outra – neste caso, o controlo do comportamento é uma fonte de interdependência porque o acontecimento depende mais do comportamento pessoal do que do outro.

A Teoria da Interdependência propõe três fontes possíveis no sentido do controlo da mãe em relação ao filho: *características da mãe como agente ou actor; características do filho como parceiro; e características da relação mãe-filho.*

O Modelo das Relações Sociais salienta o significado destes recursos e determina através de uma fórmula matemática as disposições interpessoais (Kenny & La Voie, 1984; *cit.* Cook, 1993). É na família que o indivíduo aprende a conhecer-se, a realizar a auto-promoção do Eu, é aí que pela primeira vez, aprende, desenvolve e ensaia o auto-controlo dignificador da personalidade ou aniquilador desta, aprende a manter um afecto positivo e desenvolve a sua auto-estima. O processo de auto-conhecimento é essencial para o bem-estar psicológico.

A auto-regulação, o controlo pessoal e a auto-estima desempenham um papel importante na vida de um a personalidade. É interessante verificar através dos resultados obtidos no domínio da investigação que os indivíduos desejam afectos positivos, capacidade de controlo pessoal e informação sobre as suas aptidões, mesmo quando estas

são negativas ou nada favoráveis à sua pessoa (Baugardner, 1990). A importância da comunicação através de um relacionamento parece ser deveras importante.

Os psicólogos têm defendido o valor das relações humanas, mas é sempre bom lembrar que a maioria dos comportamentos humanos ocorrem na causalidade de um contexto de relações humanas. Como todas as outras forças da natureza (a gravidade, a electricidade e os quatro ventos) o próprio relacionamento é invisível e só pode ser compreendido a partir da observação dos seus efeitos. A este propósito, e salientando a importância do primeiro ambiente de relação, Berscheid (1999) avança e prevê: *If public opinion leaders and politic makers really believe that the family as we know it is threatened with extinction, and if they view this constellation of close relationships to be as precious and vital to human welfare and to the future of our culture as they obviously believe endangered species of wildlife are, then they will put their money and their influence alongside their beliefs and support the further development of relationship science.* (Berscheid, 1999, 265).

Uma outra dimensão a ser considerada nos processos de controlo, saúde, relações, diz respeito ao erro cognitivo. Leplat (1999) defende que a análise do *erro cognitivo* pode trazer informação pertinente para saber actuar na prevenção e modificação de comportamentos. Para o psicólogo o erro deverá estar relacionado com a afectividade e pode ser considerado como uma consequência ou o resultado de uma actividade, erro no objectivo e erro no procedimento. Esta distinção feita pelo autor permite a introdução da noção de *recuperação*: (a) um erro no procedimento ou no resultado intermediário pode ser detectado e corrigido antes de cometer o erro no resultado final; (b) a ausência do erro durante o percurso da actividade não pode ser inferido como

ausência de erro no resultado final. Na análise cognitiva, o erro pode referir-se a possíveis desvios entre o prescrito e o redefinido na tarefa, entre redefinir a tarefa e a actividade, entre realizar a actividade e a representação do sujeito dessa actividade.

A *reabilitação do erro* é uma alternativa viável à comum concepção negativa do erro, já que, o erro pode ser uma fonte de informação para a análise; é uma fonte de informação para o sujeito, como elemento de regulação para a sua actividade; e é uma fonte de criatividade que revela a inadaptação das soluções correctas, pelo que incita a pessoa a procurar e encontrar novas soluções.

Ao considerar o erro numa perspectiva de controlo cognitivo Leplat (1999) desenvolve duas ideias interessantes:

- *compromisso cognitivo* (responder aos objectivos fixados pela tarefa e limitar o esforço e custo cognitivo requerido pela actividade – como um compromisso pode aceitar erros mínimos);
  - *manutenção das condições internas e externas de actividade* (importância do *metaconhecimento* ou metacognição em que o sujeito avalia as suas competências e pode regular a sua actividade de acordo com elas).

Neste sentido, o erro proporciona a valorização do significado da questão sobre a actividade e traz novos elementos de resposta para os vários problemas da vida quotidiana, nomeadamente, ao controlo, saúde, mudança de comportamentos e relações promotoras de bem-estar pessoal e social.

## 4.3. APOIO SOCIAL

### 4.3.1. APOIO SOCIAL E BEM-ESTAR

Nas últimas décadas, temos assistido a um crescimento do interesse sobre o Apoio Social; a sua importância no domínio da comunicação (relacionamentos, relações sociais e interacção) e a sua influência na saúde mental, como factor independente e como factor mediador entre os *stressors* (acontecimentos de vida) e a saúde mental (depressão), são uma realidade.

A ideia de que as relações interpessoais influenciam o bem-estar psicológico e de que o apoio social pode proteger e promover a saúde psíquica e física dos indivíduos tem conquistado numerosos estudiosos ao longo dos tempos.

No seu quotidiano, os humanos são confrontados com situações, sentimentos, emoções, aprendizagens, que os obrigam a tomar uma atitude, a caminhar segundo um novo ritmo ou numa nova direcção. Muitas vezes, não estamos preparados para tal e gostamos de sentir a ajuda de alguém próximo, íntimo, confidente, disponível para escutar os nossos desabafos e nos dar a sua ajuda; ou então, a presença de familiares, amigos, colegas que nos auxiliem a discernir melhor os factos, a perceber o sucedido e a desenvolver estratégias alternativas e positivas, que solucionem ou tornem menos complicados os vários problemas, ocorridos ao longo da vida de cada personalidade.

O apoio dado↔percebido tem que ser apresentado num ambiente de abertura, de confiança, compreensão, e num espaço disponível identificado,

em que o indivíduo que apoia está disponível e tem tempo para escutar, tal como na melodia e no poema de Carlos Tê e Rui Veloso (1998):

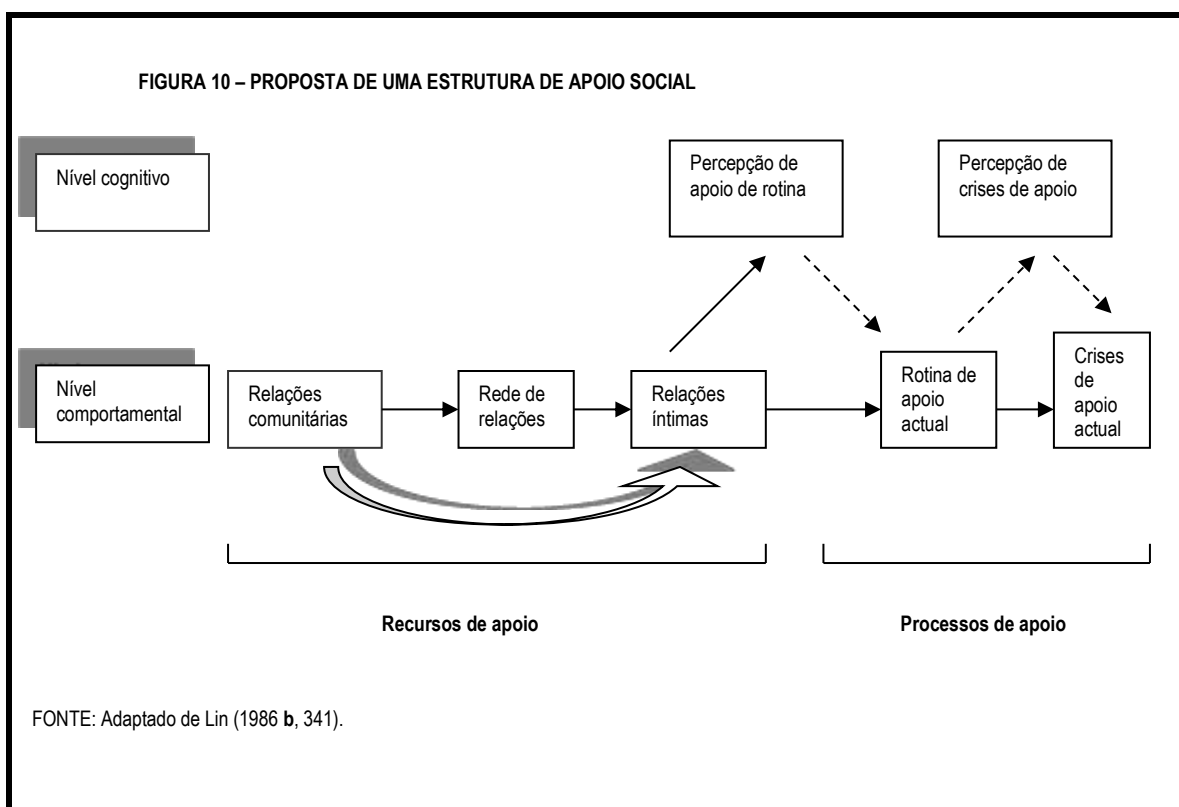
Podes vir a qualquer hora  
cá estarei para te ouvir  
o que tenho a fazer  
posso fazer a seguir  
(...)

Agora em tudo o que faço  
o tempo é tão relativo  
podes vir por um abraço  
podes vir sem ter motivo  
tens em mim o teu espaço

Todo o tempo do mundo  
para ti tenho todo o tempo do mundo  
todo o tempo do mundo;

Bowlby (1976) na sua teoria da vinculação deixa implícita a importância do apoio, social, quando refere como sendo imprescindível a presença de uma figura de ligação desde os primeiros momentos de vida. Bowlby acredita que as crianças tornam-se auto-confiantes, aprendem a funcionar com o apoio dos outros e têm uma maior probabilidade de diminuir a psicopatologia no futuro. Neste sentido, parece que a utilidade do apoio social está no facto de estar relacionado com a capacidade de resistência a frustrações, de auxiliar a superá-las e a resolver os problemas do dia a dia.

As relações interpessoais são ricas em emoções e reforços, que afectam dum modo positivo/negativo os vínculos estabelecidos anteriormente ou em construção, interferindo com o desenvolvimento-aprendizagem-motivação dos seus intervenientes. A comunidade e a rede de relações promovidas e desencadeadas a partir das relações íntimas devem ser tomadas em consideração quanto à qualidade e quantidade das interacções estabelecidas.



Lin (1986b) apresenta uma proposta da estrutura do apoio social. Como podemos verificar através da Figura 10 a estrutura do apoio social encontra-se assente em ligações entre *recursos* de apoio e *processos* de apoio que podemos adiantar que estarão relacionados com a dinâmica da construção do bem-estar subjectivo, nomeadamente, os recursos interagem para produzir efeitos na saúde mental.

A ideia do conceito de apoio social surge a partir do registo de várias observações efectuadas no domínio das interacções sociais (Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1984), por exemplo: o apoio familiar fortalece a resistência da criança face ao *stress* (Murphy & Mariarty, 1976); um ambiente familiar de apoio à criança desde cedo está correlacionado com ajustamentos positivos no adulto e a ausência de desordens psiquiátricas (Vaillant, 1974); os pacientes asmáticos com bons apoios sociais, requerem baixos níveis de



medicação para produzirem melhoras, ao contrário dos outros com apoio social fraco (De Araujo *et al.*, 1977); a combinação de acontecimentos de vida de *stress* recentes, baixo nível de apoio social e experiências adversas de infância prevêem a ocorrência de desajustamentos nos adultos (Andrews *et al.*, 1980); a presença de uma pessoa que apoie tem um efeito favorável na duração do trabalho de parto e na interacção criança-mãe no pós-parto (Sosa *et al.*, 1980).

Na perspectiva de Powell e Enright (1990) o apoio social beneficia o indivíduo com *stress* uma vez que lhe proporciona a possibilidade de estabelecer um contacto com uma pessoa a quem pode confiar abertamente os seus sentimentos e emoções. Esta situação proporciona uma avaliação mais correcta da situação e leva a estabelecer objectivos mais realistas, bem como pode fornecer uma informação útil e uma assistência específica ao problema apresentado (Vaz Serra, Faria & Firmino, 1992).

De acordo com Kessler *et al.* (1992) o apoio social está relacionado com uma diminuição do risco de patologia já que, diminui os efeitos do *stress* e do humor depressivo. Hammer (1981, *cit.* Vaz Serra, 1999) encontrou diferenças quantitativas nas estruturas das redes sociais da população em geral em comparação com as pessoas que apresentem transtornos mentais; os contactos dos primeiros variavam entre 40 a 45 pessoas (6 a 10 eram familiares ou amigos íntimos) enquanto que os doentes psiquiátricos tinham um número de contactos muito limitado.

Uma pessoa com medo do êxito sente o desejo ou a necessidade de que os outros (família, amigos, colegas, superiores) lhe prestem mais atenção, a estimem e ajudem com maior frequência do que é habitual, por conseguinte, sentirá a necessidade dum suporte afectivo mais intenso, que a

ajude a resolver os seus problemas, a escutar os seus desabafos, expectativas e dificuldades (Faria, 1993).

Muitas pessoas têm dificuldade em pedir ajuda e outras em a dar, já que, implica uma certa responsabilidade; por conseguinte, o mais provável é pedirem apoio a quem acham que é mais capaz de o fornecer (Williams & Williams, 1983). A *inibição em pedir ajuda* (prática, médica, mental, emocional, financeira, afectiva, educativa, psicológica) pode tomar proporções graves quando os indivíduos não conseguem pedir auxílio em situações drásticas. Por outro lado, a dependência dos indivíduos naqueles que os apoiam e a pressão que pode surgir para obter os seus favores, pode limitar a liberdade e criar sentimentos negativos em relação aos apoiantes, quanto mais eles oferecerem resistência.

Lu (1995) ao relacionar o apoio social com o bem-estar subjectivo verificou que este proporciona efeitos de protecção nos três aspectos do bem-estar subjectivo (afectivo, cognitivo e saúde), esta relação com a saúde mental e satisfação com a vida está de acordo com os estudos de Cohen & Wills (1985) e de Lewinsonhn *et al.* (1991) citados pelo autor; o que demonstra a importância da componente psicossocial como factor predictor de bem-estar subjectivo.

Cutrona (1996, *cit.* Vaz Serra, 1999, 128) refere a importância da qualidade do suporte social fornecido e da sua importância para o bem-estar do indivíduo, dado que *Com níveis baixos de apoio social aqueles que são submetidos a um stress intenso sofrem, como consequência desse facto, de uma má saúde física e mental; contudo, quando as pessoas estão protegidas por níveis altos de apoio social, mesmo quando são submetidas a um stress*

*elevado, não descompensam nem a sua saúde se ressentem ou, se se ressentir, é num grau muito menor.* A partir dos resultados das diversas investigações realizadas por múltiplos estudiosos, foi fácil compreender que o apoio social é um constructo a ser tomado em consideração, visto que :

- Contribui para o ajustamento positivo e um desenvolvimento pessoal com saúde.
- Promove o amortecimento dos efeitos do *stress*.
- Possibilita a implementação ou construção do bem-estar-subjectivo.

A maneira de orientar o comportamento, de conduzir-se a si próprio no caminho do bem-estar ou a acção dinâmica que leva cada ser humano a interagir com a multiplicidade de ambientes internos e externos, que o rodeiam ao longo da vida, no sentido de alcançar saúde, surge como uma tarefa menos penosa se for levada a cabo com apoio social fornecido por alguém íntimo, um grupo de amigos ou de colegas e pela comunidade.

A partir desta panorâmica podemos inferir que a qualidade das relações, relacionamentos ou interacções estabelecidas/percebidas, pelo e com o indivíduo, está relacionada com a sua qualidade de vida logo, o apoio social pode constituir uma **fonte de bem-estar** para a personalidade.

#### **4.3.2. DEFINIÇÃO DO CONCEITO DE APOIO SOCIAL**

O apoio social é habitualmente definido como a existência ou a avaliação da utilidade das pessoas, em quem realmente podemos confiar ou com quem contar, em qualquer circunstância, pessoas que nos mostram que elas se preocupam connosco, nos dão valor e nos amam. De acordo com o

*Webster's New Collegiate Dictionary* o apoio é um acto ou um processo que promove a assistência, a ajuda ou a manutenção de alguma coisa; isto é, surge como uma conjectura de forças ou factores de suporte que facilitam e asseguram a sobrevivência dos seres humanos, pelo que deverão ser tidos em consideração os aspectos das relações sociais e a interacção.

Quando falamos de quantidade e coesão das relações sociais que rodeiam de modo dinâmico e inclusivo um indivíduo, da intensidade da força dos laços estabelecidos, da frequência do contacto e percepção subjectiva de um sistema de suporte útil, do grau de confiança das pessoas umas nas outras para a satisfação de necessidades básicas e resolução de problemas, estamos a referir-nos ao apoio social (Bergman *et al.*, 1990, Cutrona, 1996; *cit.* Vaz Serra, 1999).

O conceito tem evoluído e apresenta duas componentes (Lin, 1986) que devem ser esclarecidas quanto ao seu significado: Apoio e Social. A primeira refere-se a actividades dos domínios instrumental e expressivo, e a Segunda reflecte o vínculo da pessoa ao meio social, que pode ser considerado em três vertentes: *comunidade*, *rede social*, *relacionamentos íntimos* ou de confiança. Por conseguinte, está implícita a participação de um indivíduo, do grupo ou da comunidade para a constituição da configuração de suporte a uma pessoa, proporcionando-lhe a preservação ou a melhoria do seu próprio bem-estar.

A preocupação em avaliar o apoio social levou à construção de uma diversidade de instrumentos que reflectiram a multiplicidade de conceptualizações. De acordo com Sarason *et al.* (1983) destacam-se os seguintes momentos:

- Weiss(1974) apresenta seis dimensões ou funções de apoio social: *intimidade* (elos afectivos íntimos geradores de segurança), *integração*(sentimento de pertença e de referência a um grupo), *valor* (reconhece a competência do indivíduo), *social* (dar e receber informações orientadoras), *nurturance* (estabelecimento de uma relação de confiança e de percepção de ajuda para a satisfação de necessidades), *aliança* (participação no bem-estar de terceiros gerando um sentimento de ser útil).
- Kelly, Muñoz e Snowden (1979) delinearão três tipos de apoio social: intra-organizacional e extra-organizacional.
- Caplan (1974) defende que o apoio social implica um modelo permanente e contínuo, ou uma ligação (vínculo) psicológico e fisiológico do indivíduo ao longo do tempo; a rede social proporciona suplementos psicossociais úteis para a manutenção da saúde mental e emocional.
- Heller (1979) conceptualiza o apoio social a partir de dois elementos básicos: a percepção de que existe um número suficiente de pessoas úteis a quem se pode recorrer quando se precisa; e o grau de satisfação de apoio válido.
- Schaeffer, Coyne e Lazarus (1981) referem três tipos de apoio social: contingente (caracteriza-se por ser dado como uma ajuda imediata no caso de necessidade); emocional (dado e sentido como suficiente nessa circunstância específica); e de informação ( vários modos adequados ou não, de resolver o problema).

Lin (1986a) apresenta dois grupos de definições de apoio social: no primeiro estão as definições até aos anos 80 e depois temos uma definição de síntese: *Social Support is the perceived or actual instrumental and/or expressive provisions supplied by community, social networks, and confiding partners* (Lin, 1986, 18). A definição considera a percepção do indivíduo sobre o apoio que lhe é fornecido pelo(s) outro(s), tal facto, está de acordo com a distinção feita por Caplan (1976, *cit.* Lin, 1986a) ao destacar as duas dimensões do apoio: a *objectiva* e a *subjectiva*. Os aspectos objectivos do suporte são indicações observáveis do fornecimento de apoio, através da informação dada

QUADRO 11 – COMPARAÇÃO DOS ELEMENTOS DA DEFINIÇÃO DE SÍNTESE E OUTRAS DEFINIÇÕES (\*)

ELEMENTOS DA DEFINIÇÃO DE SÍNTESE							
ELEMENTOS DE APOIO				ELEMENTOS DO SOCIAL			
Investigadores	Apoio Social actual e/ou percebido	1. Dimensão Instrumental	2. Dimensão Expressiva	1. Comunidade	2. Redes Sociais	3. Companheiro(a) de Confidência	Outros elementos não específicos na definição
Barrera (1981)			Apoio, Satisfação & Necessidades		Tamanho da rede		
Bowlby (1969, 1973); Weiss (1973, 1974)						X	
Brown <i>et al.</i> (1975, 1978).						Relações íntimas	
Caplan (1974); Caplan & Killilea (1976)		Orientação	X			Feedback	
Caplan (1979)	Objectivo v.s. Subjectivo	Contingente	Psicológico				
Cassel (1974), Thoits (1981)						Grupo primário	
Cobb (1976); Tumer (1981)			Emocional Estima	X			
Dean & Lin (1977)		X	X			X	
Gottlieb (1978)		Ação do meio na resolução de problemas	X			Influência indirecta	
Gottlieb (1981)				Integração social/participação	X	Relações íntimas	
Henderson (1977, 1980, 1981)		Adequação/ Suficiência	Adequação/ Suficiência		Disponibilidade		
House (1981)		X	X	X	X	X	Informação/ Avaliação
Kahn & Antonucci (1980)		Ajuda	Afecto Afirmação			X	
Kaplan, Cassel & Gore (1977)			X			X	
Lin <i>et al.</i> (1979)				X	X	X	
McKinlay (1973)					X		
Mueller (1980)					X		
Hammer (1981)					X		
Andrews (1978)					X		
Wellman (1981)					X		
Pearlin (1984)					X	Interpessoal	
Pinneau (1975)		Contingente	X				Grupo de Avaliação
Sarason <i>et al.</i> (1983)	Percebido		Satisfação		Disponibilidade		
Schefer, Coyne & Lazarus (1981)	Percebido	Contingente	X		X		Informação

FONTE: Adaptado pela autora de Lin (1986, 23)

(\*) Os termos que são idênticos aos da definição de síntese são identificados por X.

pelos outros, independentemente, se o indivíduo a recebe ou não. A compreensão subjectiva e a avaliação do apoio realizadas pelo indivíduo reflectem a sua realidade perceptiva da rede de suporte em que está inserido.

Na multiplicidade de definições que podem surgir sobre este constructo é necessário encontrar uma que reuna o maior consenso possível e que distinga os aspectos das relações sociais e interacção, da saúde mental e física (Quadro 11).

Wethington e Kessler (1986) salientaram que a percepção de apoio social é mais importante e traz mais benefícios para a saúde mental do que receber apoio social efectivo.

A perspectiva social da definição (comunidade, redes sociais e confidente) são fontes ou recursos de apoio que resultam da implicação do meio social e das relações sociais, reflectindo a integração do indivíduo na estrutura social (*belongingness*) e o seu sentimento de pertença/referência a essa conjectura de suporte. Daí as duas dimensões do apoio social: **instrumental** – utilização do relacionamento para atingir um objectivo (procurar emprego; encontrar uma *baby-sit*, ...) – e **expressivo ou emocional** – utilização do relacionamento como um fim (partilhar sentimentos, desabafar frustrações, aconselhamento, ...).

No sentido de esclarecer a abrangência deste conceito e as suas múltiplas áreas de intervenção, Hobfoll e Vaux (1993, *cit.* Vaz Serra, 1999) consideram que o apoio social um *meta-constructo* no qual se destacam três constructos diferentes:

1. **Recursos da rede social** – conjunto das relações sociais disponíveis que de modo objectivo e claro auxiliam o indivíduo em caso de necessidade, ao mesmo tempo que se constituem como uma ligação ou vínculo estável num grupo social.
2. **Comportamentos de apoio** – troca de recursos entre o *dador* (que pode ser um ou vários indivíduos ou uma instituição) e o *receptor*.
3. **Avaliação subjectiva de apoio** – considera uma *percepção subjectiva de apoio* isto é, o modo como uma pessoa percebe, compreende, cria expectativas e atribui *significado* (entendido como existente ou nulo, suficiente ou insuficiente, de boa qualidade ao má qualidade, oportuno ou tarde demais) ao suporte disponibilizado pelo outro

Neste sentido, Vaz Serra (1999) apoiando-se nos estudos de Cutrona e Russel (1990), Powell e Enright (1990) e em Cohen e Will (1985) identifica *seis tipos de apoio social*: apoio afectivo; apoio emocional; apoio perceptivo; apoio informativo; apoio instrumental; e apoio de convívio social, que se encontram representados de acordo com a sua utilidade no Quadro 12. De acordo com o autor, todos os tipos de apoio social são úteis, no entanto, em conformidade com o **grau de controlabilidade** da circunstância indutora de *stress*, destacam-se em particular, os contributos dos tipos de apoio social *instrumental* e *informativo* (*quando a situação é controlável*) pois, ajudam a resolver o problema de forma definitiva; e do apoio social *afectivo*, que se apresenta importante para o indivíduo continuar a sua capacidade de *luta* (*quando a situação é controlável*), ou em situações limite, saber lidar com as emoções negativas (*quando a situação é incontrolável*).



## QUADRO 12 – INTERVENÇÕES DE APOIO SOCIAL

TIPO DE APOIO	DESCRIÇÃO	UTILIDADE DA INTERVENÇÃO
<b>APOIO AFECTIVO</b>	A pessoa sente-se acarinhada, estimada, compreendida independentemente dos seus erros, defeitos, limitações ou fracassos.	Contribui para melhorar a auto-estima do indivíduo ou sentimento de ser apreciado e estimado. Ajuda o indivíduo a não cair em desânimo e estimula a capacidade de luta.
<b>APOIO EMOCIONAL</b>	Também chamado de apoio expressivo, tem a ver com a sintonia dos sentimentos de suporte e de segurança manifestados pelo outro que escuta com atenção e interesse.	Possibilita a desdramatização e o distanciamento do problema. Ao mesmo tempo, o indivíduo percepção manifestações de amizade, empatia, abertura e preocupação sincera, factores que contribuem para o tranquilizar.
<b>APOIO PERCEPTIVO</b>	Ajuda o indivíduo a realizar uma avaliação mais real e correcta da situação em causa. O apoiante mostra outras perspectivas do problema, que permitem atribuir um novo significado e respectiva reavaliação.	A implicação voluntária do outro para a resolução do problema possibilita um melhor discernimento da situação, o que vai contribuir para reformular o problema e delinear objectivos mais adequados ao fim em vista. É utilizado em intervenções clínicas.
<b>APOIO INFORMATIVO</b>	A grelha de informações, conhecimentos e conselhos disponibilizada pelo outro ajudam o indivíduo a compreender melhor o seu problema.	A compreensão do problema possibilita uma melhor escolha e respectiva tomada de decisão.
<b>APOIO INSTRUMENTAL</b>	Suporte material concreto ou de serviços prestados de forma amigável que o indivíduo recebe para fazer face a uma situação difícil ou preocupante.	No momento, permite a resolução do problema de forma definitiva.
<b>APOIO DE CONVÍVIO SOCIAL</b>	Contacto com outras pessoas, seja em actividades de lazer ou culturais, permitem que o indivíduo faça parte de uma rede social, pelo que não se sentirá só ou isolado.	Distracção e alívio das tensões acumuladas no quotidiano. Sentimento de pertença a uma rede social o que contribui para amortizar o <i>stress</i> do dia a dia.

Na vida quotidiana não é fácil distinguir os limites ou as fronteiras entre os seis tipos de apoio social. Ao considerar que os vários tipo de apoio, podem ocorrer em simultâneo, já que, não são entidades estanques, isoladas ou separadas mas dinâmicas, interactivas e em movimento, poderíamos dizer que quantos mais estiverem presentes na vida do ser humano menos hipóteses o indivíduo tem de experienciar elevados níveis de *stress* quotidiano. O maior benefício do apoio social é o seu contributo para a protecção e promoção da saúde e do bem-estar do indivíduo e da sociedade em que se insere. Por conseguinte, no seu percurso de vida o indivíduo deve aprender a identificar e valorizar as relações significativas, uma vez que estas contribuem

para uma elevada satisfação com a vida, e consequentemente, para o seu **capital de saúde** e de bem-estar.

## 4.4. ESPERANÇA E ORIENTAÇÃO NA VIDA PARA O BEM-ESTAR

### 4.4.1. ESPERANÇA E BEM-ESTAR SUBJECTIVO

No *processo de auto-realização* de uma personalidade em devir várias forças podem ser determinantes para *carregar a bateria da pilha da saúde*, que se encontra sempre ameaçada pelo risco do *stress* quotidiano. Determinadas aptidões, formas de ser, de estar e sentir o mundo real, modos perceber e de perspectivar o universo activo e acelerado em que vivemos, podem constituir a energia necessária para a bateria de saúde ou os contributos determinantes para alcançar a felicidade e o bem.estar.

Os estudos sobre o bem-estar subjectivo têm contribuído para um avanço significativo da compreensão do social, do cultural e dos indicadores de felicidade pessoal. Este constructo têm sido geralmente considerado em três dimensões: *afecto positivo* (quantidade de afecto positivo nas experiências); *afecto negativo* (quantidade de afecto negativo nas experiências) e *satisfação coma vida* (avaliação cognitiva); e numa perspectiva histórica, podemos encontrar dois tipos de modelos de bem-estar subjectivo, designados por *Bottom-Up Model* (efeito) e *Top-Down Model* (causa) (Feist *et al.*, 1995).

As teorias inseridas no primeiro modelo, perspectivam o desenvolvimento da percepção do bem-estar subjectivo dum modo global, a partir da simples soma do bem-estar recolhido de domínios particulares, como

o casamento, trabalho e família – a satisfação e a felicidade são o resultado de vários momentos específicos de felicidade na vida; pelo que, as circunstâncias de felicidade de vida objectivas são os primeiros predictores do nível de felicidade global de um indivíduo. Pelo contrário, as teorias inscritas no segundo modelo, defendem que as pessoas têm uma predisposição para interpretar as experiências de vida num sentido positivo ou numa direcção negativa; essa predisposição apresentada pelo indivíduo interfere na sua própria avaliação da satisfação, nos vários domínios específicos. Neste sentido, a experiência não é objectivamente boa ou má, mas interpretada como melhor ou pior.

De acordo com a perspectiva *top-down* a interpretação subjectiva dos acontecimentos, mais do que as próprias circunstâncias objectivas, devem ser a primeira influência no bem-estar-subjectivo. Na concepção *top-down*, a noção do bem-estar subjectivo é operacionalizada como um antecedente da saúde física (se uma pessoa é fisicamente saudável então deve estar satisfeita com a sua vida e apresentar uma sensação de bem-estar); *daily hassles* (constructo importante no estudos do *stress* e *coping*, que sugerem que quanto menos experiências aversivas os indivíduos vivenciarem, mais elevado será o seu nível de bem-estar); representações do mundo (determinam as expectativas e as concepções que temos sobre nós próprios e do mundo que nos rodeia, ao mesmo tempo que guiam as nossas interpretações das experiências da vida quotidiana), e pensamento construtivo (pensamento automático facilitador do *coping* com os problemas quotidianos de uma maneira que maximiza a probabilidade do encontro com uma solução eficaz com o mínimo custo de *stress* para o indivíduo e para os outros – pelo que podemos

prever que, os indivíduos com pensamento construtivo estejam mais satisfeitos com as suas vidas do que aqueles com um pensamento construtivo pobre). No modelo *top-down* o bem-estar subjectivo é a causa, enquanto que no modelo *bottom-down* constitui o efeito (Feist, Bodner, Jacobs, Miles & Tan, 1995).

A congruência e a coerência de uma percepção do bem-estar implicam o conhecimento de uma personalidade em devir e das suas circunstâncias. Os indivíduos filtram as suas sensações e emoções, desencadeadas pelos acontecimentos de vida, de acordo com as suas crenças, atribuições, valores, tonalidade afectiva, experiência de vida, aptidões e atitudes. Esta actividade é realizada ao longo das suas vidas e de um modo interactivo, pelo que implica desenvolvimento e aprendizagem das percepções realizadas sobre o bem-estar. Uma perspectiva integracionista dos dois modelos pode explicar melhor a interacção que é realizada pela personalidade relativamente às causas e aos efeitos do bem-estar subjectivo na vida das pessoas.

Cohen *et al.* (1995) estudaram o afecto negativo enquanto estado e traço, em pessoas saudáveis antes de contraírem uma infecção respiratória viral. O afecto negativo, (que se refere a uma angústia subjectiva indiferenciada), nomeadamente, o estado e o traço parecem surgir como factores predictivos da doença respiratória. Este facto sugere que existem aspectos das disposições afectivas que influenciam a patologia e o comportamento de doença.

Waterman (1993) observou uma correlação positiva entre expressão pessoal de felicidade e o prazer hedónico que esta proporciona; o estudo revelou ainda que, estes dois conceitos de felicidade são distintos mas,

experienciados em conjunto a partir de variáveis relacionadas com as oportunidades para a satisfação; a força de componentes cognitivo-afectivas, o nível de mudanças, o nível de aptidões e importância atribuída. A expressividade pessoal é um indicador de êxito no processo de auto-realização.

Nezlek, Imbrie e Shean (1994) realizaram um estudo sobre as relações entre os sintomas depressivos e as interações sociais da vida quotidiana na população normal. As pessoas que foram classificadas em risco de depressão apresentavam menos reforços das interações do que as pessoas que não estavam deprimidas. Desta forma, os sintomas depressivos e a quantidade e qualidade da interação encontram-se negativamente correlacionados. Comparados com os indivíduos não deprimidos, os indivíduos deprimidos retiram mais satisfação das interações com as *pessoas íntimas* do sexo oposto, do que com os *amigos* de sexo oposto.

Seidlitz e Diener (1993) relacionaram o bem-estar subjectivo com a memória de acontecimentos positivos e negativos, chegando à conclusão que os indivíduos felizes (em comparação com os menos felizes ou infelizes) recordam mais acontecimentos positivos do que negativos. O modo como os indivíduos organizam na sua memória os acontecimentos de vida positivos e negativos, tornando o seu acesso à recordação fácil ou difícil, parece estar relacionado com a capacidade interpretativa dos acontecimentos. Por conseguinte, os indivíduos felizes têm uma capacidade para interpretar as situações como positivas, por isso, recordam mais acontecimentos positivos. Enquanto que as pessoas infelizes recordam mais acontecimentos negativos porque têm tendência a interpretar as situações como negativas.

De acordo com Lazarus (1999, *cit.* Vaz Serra, 1999) o grau de adaptação de uma pessoa pode ser identificado a partir do conhecimento da significação de cada estado emocional e da respectiva verificação da emoção vivenciada por um indivíduo numa dada situação. Por conseguinte, se um indivíduo apresentar uma tendência em dar sempre a mesma emoção como resposta, para as mais diversas situações, podemos dizer que, estamos diante de uma característica que é estável para essa pessoa na sua vida emocional.

As determinantes da resposta de humor e respectiva tonalidade e intensidade reactiva, parecem desempenhar uma importância central no processo de ligação do *stress* com os acontecimentos de saúde. As investigações têm mostrado que a identificação da situação é realizada em função das influências pessoais do humor quotidiano e que o tipo de frequência dos acontecimentos determinam a tonalidade do humor (Eck, Nicolson & Berkhof, 1998). De acordo com os autores, a personalidade (em particular, o traço de afectividade negativa) e acontecimentos de vida de *stress* recente podem influenciar o humor de modo directo e indirecto, moderando os efeitos dos acontecimentos aversivos no humor e influenciando a *percepção global* do *stress*, daí a variabilidade da gama de diferentes respostas dos indivíduos ao *stress* diário.

A investigação salientou o facto da esperança avaliada através de escalas de esperança disposicional e estado constituir um predictor efectivo de variáveis académicas e actividades de *coping*; bem como, se encontrar relacionada positivamente com a *performance* desportiva e vantajosamente, com outras variáveis motivacionais, emocionais, relacionadas com as aptidões e a realização de uma personalidade (Curry *et al.*, 1998). As implicações deste

constructo parecem estar relacionadas com o oferecimento de *insights* para a performance do indivíduo.

Consideremos o caso particular e pouco estudado da esperança, enquanto *a desire and the confident expectation of its fulfillment* (Osterhoudt, 1978; Curry, Snyder, Cook, Ruby & Rehm, 1997, 1257) uma das razões fundamentais porque os humanos mantêm as suas actividades com humor positivo; ou como *a unidimensional construct involving an overall perception that goals can be met* (French, 1952; Lewin, 1935; Stotland, 1969, *cit.* Curry, *et al.*, 1997); ou ainda, como *estado emocional em que a pessoa pensa que pode vir a obter um resultado positivo, que ainda não foi conseguido, de alguma circunstância que usualmente apresenta perspectivas desfavoráveis*. (Vaz Serra, 1999, 242).

Se a resposta emocional apresentada face a uma circunstância for uma emoção positiva, como por exemplo, a de esperança, podemos adiantar que um indivíduo está predisposto a ter ou sentir esperança nas mais variadas situações quotidianas. Dir-se-á que, quando apresenta este comportamento esperançoso, mostra que tem propensão a estabelecer uma relação estável com o meio onde está circunscrito, sempre do mesmo género. Por conseguinte, a resposta emocional de esperança, como qualquer outra das quinze emoções de *stress*, *transcende o contexto situacional e revela um traço de personalidade que nos indica como a pessoa se relaciona com o mundo*. (...) *numerosos autores têm mencionado que não são os acontecimentos em si que incomodam os indivíduos mas antes o julgamento subjectivo que deles é feito*. (Vaz Serra, 1999, 234, 235). No seguimento deste pensamento, podemos considerar que outros factores deverão ser destacados na elaboração de um

comportamento emocional. As crenças, as imagens, as atribuições, a capacidade de discriminação de situações de modo adequado e as cognições antecedentes de uma emoção, envolvem de forma interactiva o processo emocional e interferem no desempenho do indivíduo e no seu processo de adaptação no mundo que o rodeia.

A esperança é um constructo que nos remete para cognições e actividades direccionadas para alcançar um objectivo. As conceptualizações sobre a esperança defendem que um pensamento sobre actividades direccionadas para a um fim desempenham um papel importante no conhecimento subsequente dos acontecimentos positivos.

Nas décadas de 60 e 70, os autores descrevem a esperança como uma herança de uma percepção global das metas que se podem conseguir na vida das pessoas; as concepções mais recentes perspectivam-na de um modo dinâmico destacando a importância das cognições para a concretização das metas delineadas (Snyder *et al.*, 1996). De acordo com os autores, um pensamento direccionado para a concretização de um objectivo assenta em duas componentes que se encontram interrelacionadas em dois tempos: (1) *agency* (acção – determinação em alcançar metas); e (2) *pathways* (direcção – plano estratégico para alcançar o objectivo). Ao colocar o foco no primeiro tempo observamos a percepção da capacidade, dos atributos, da energia da pessoa para iniciar e manter as acções necessárias à concretização dos seus desejos. No outro tempo, destaca-se a percepção das aptidões para gerar as trajectórias para atingir o objectivo proposto de início.

Saliente-se ainda que, para além da esperança traço podemos ainda observar a esperança disposicional ou estado, que se refere a um



momento temporal e passageiro na vida de um indivíduo. Dado que as pessoas não só têm tendência a apresentar uma disposição de esperança (intencidade) que se aplica ao longo de várias situações e tempos, mas também, a exibir uma esperança estado que se reflecte em momentos particulares e muito próximos dos acontecimentos (Snyder, *et al.*, 1996), podemos adiantar que, ambas as dimensões da emoção positiva coexistem e são determinantes para as vivências de bem-estar dos indivíduos.

#### **4.4.2. ORIENTAÇÃO NA VIDA (OPTIMISMO)**

No mundo das significações e expectativas pessoais, cada personalidade em devir agarra no leme da sua vida e orienta-a num sentido da afectividade positiva ou no da afectividade negativa, de acordo com as circunstâncias, da tonalidade do humor, da qualidade e quantidade das interacções sociais e das percepções de bem-estar subjectivo.

Lyubomirsky e Ross (1997) num estudo sobre as consequências hedónicas da comparação social, verificaram que as pessoas infelizes são mais sensíveis à informação sobre comparação social do que os felizes. Os indivíduos em função da comparação pessoal realizada através das interacções sociais, hoje em dia tão alargadas pela intervenção dos media, emitem uma apreciação que influencia o seu comportamento; por exemplo, os indivíduos felizes são mais selectivos nas suas reacções, ao contrário dos outros. As auto-percepções dependem não só da natureza do conhecimento e da *performance* mas também, da forma como cada um compara os seus acontecimentos de vida, as suas motivações, as suas oportunidades e estilos

de vida, com os outros próximos de si. Neste sentido, a natureza da felicidade e do bem-estar parecem estar relacionados com as complexas ligações entre o afecto e a cognição.

Cada personalidade na tarefa diária da construção da sua própria felicidade, orienta o seu caminho no sentido que mais lhe agrada ou naquele que lhe é possível. Vários factores podem interferir na caminhada para atingir o bem-estar e um deles diz respeito ao humor, que cada um apresenta face às circunstâncias da sua própria vida. O'Connell (1987, 550) refere a propósito do conhecimento do *Humor as a stimulus for growth of self-esteem and optimistic belonging, as well as a reflection of those inner qualities, has a fruitful future. Pain reduction and prevention of violence toward self and others through humor raises questions about the mutual interplay of endorphins, immunology, and humor.* Neste universo polifacetado, foquemos a nossa atenção no optimismo, enquanto disposição positiva.

Scheier e Carver (1985) consideram que o optimismo representa a tendência geral dos indivíduos para esperar que acontecimentos favoráveis ocorram nas suas vidas.

Mashal *et al.* (1992) defendem que o optimismo reflecte a antecipação de acontecimentos positivos, orientando o comportamento emocional num sentido positivo, pelo que este constructo deverá estar associado, predominantemente, com a extroversão e estados emocionais positivos. Pelo contrário, o pessimismo pode ser perspectivado como uma disposição para esperar acontecimentos negativos, e consequentemente, constitui um prenúncio de neuroticismo ou de estados emocionais negativos (afectividade negativa).

Sarason *et al.* (1984) constataram que os indivíduos que na sua infância tiveram um bom apoio social, apresentam na idade adulta um melhor ajustamento e uma melhor auto-estima, bem como tem tendência para experimentar um maior número de acontecimentos positivos na sua vida, perspectivando-a de uma forma mais optimista.

As pessoas que acreditam que as suas acções podem conduzir a ocorrências agradáveis tendem a persistir nesse comportamento; quando compreendem que a sua conduta leva ao fracasso inevitável diminuem os esforços e desligam-se dos objectivos propostos anteriormente. Neste sentido, os optimistas implicam-se nas tarefas e apresentam uma tendência para armazenar acontecimentos positivos e realizações de êxito, por oposição aos pessimistas, que desistem rapidamente das tarefas e parecem acumular bastantes experiências negativas e poucas positivas (Lucas, Diener & Suh, 1996).

Lucas, Diener & Suh (1996) ao estudarem o espectro do bem-estar concluíram que a satisfação com a vida está relacionada de forma directa com o afecto positivo, o optimismo e a auto-estima; e de modo indirecto com o afecto negativo. Adiantam também que o optimismo está separado do traço identificado pelos instrumentos de avaliação dos afectos negativos.

O *optimismo disposicional* refere-se à expectativa global mais recente sobre a vida de uma pessoa e pode ser predictor do restabelecimento físico e emocional (Scheier & Carver, 1992). A distinção teórica entre a expectativa geral do futuro (optimismo) e a avaliação global que uma pessoa apresenta sobre as condições externas e internas da sua vida perspectivadas como um todo (satisfação com a vida), passam a ser difíceis de distinguir no

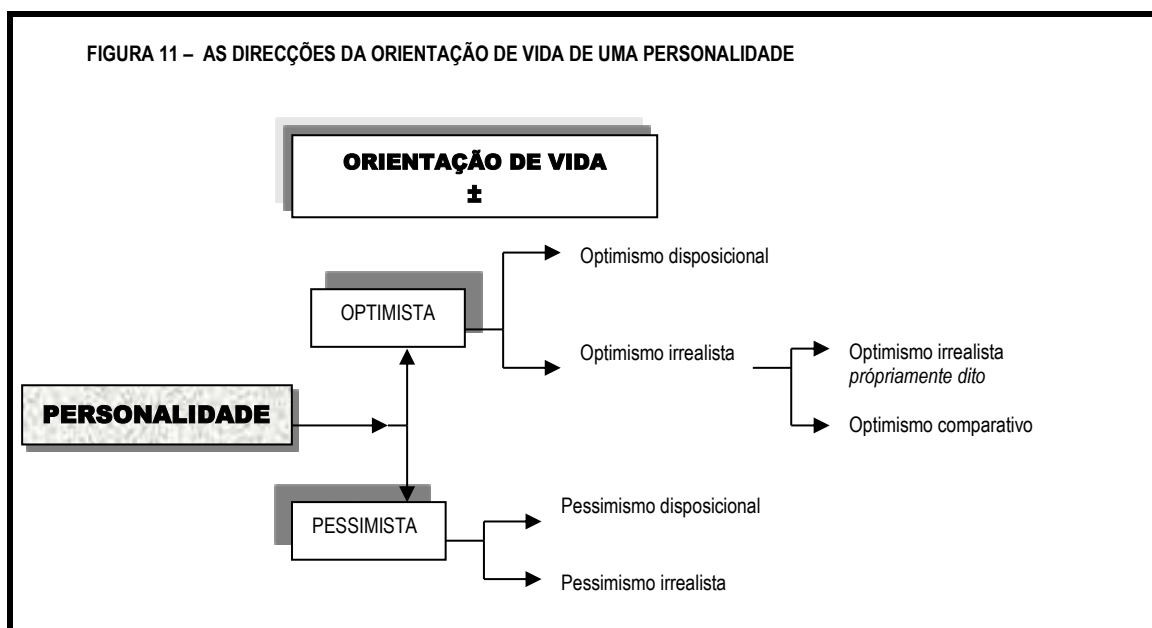
domínio da observação empírica; pelo que se pode considerar, que os dois constructos podem reflectir uma predisposição oculta idêntica (Lucas, Diener & Suh, 1996).

Um outro debate surge entre os autores, quando alguns deles, em função dos resultados obtidos, consideram o optimismo como uma simples e fraca medida de afecto negativo. Marshall, Wortman, Kusulas, Hervig & Vickers (1992, *cit.* Lucas *et al.*, 1996) a partir das suas investigações sobre o afecto positivo e o afecto negativo sugerem uma possível resolução desta controvérsia, propondo que se considere dois factores na estrutura do optimismo.

A partir de uma análise factorial do *Life Orientation Test* (LOT, Scheier & Carver, 1985) encontraram dois factores: o factor optimismo (constituído pelos itens de orientação positiva) e o factor pessimismo (constituído pelos itens de orientação negativa), que estavam correlacionados da seguinte forma: afecto positivo/extroversão e afecto negativo/neuroticismo. Concluindo que o *Life Orientation Test* é mais um instrumento de avaliação psicológica de optimismo e pessimismo. Contudo, os autores do teste em causa não concordam com a sugestão, pois consideram que o instrumento só avalia uma dimensão (optimismo) e os dois factores encontrados pelos colegas dão devidos a um artefacto de palavras (Scheier & Carver, 1985). Esta discussão realça a necessidade de mais estudos sobre o optimismo.

Sultan e Bureau (1999, 43-44) continuam a interrogar-se sobre o optimismo e neste caso particular, saber até que ponto se trata de uma dimensão única: *La recherche dans le domaine de la santé reflète l'interrogation fondamentale des scientifiques vis-à-vis d'une caractéristique*

*qui parît adaptative et parît adaptative et par là essentielle à la vie (optimisme comme disposition), mais qui en même temps, sous une certaine forme, peut refléter une conviction inébranlable dans le rapport au monde et à l'avenir du sujet, qui biaise son activité (optimisme dit "irrealiste").* Por conseguinte, o optimismo disposicional será a tendência estável dos sujeitos a pensar que de uma forma global viverão mais experiências positivas do que negativas ao longo das suas vidas. Enquanto que, o optimismo irrealista será a tendência a acreditar que em relação aos outros, têm mais sorte de viver um acontecimento positivo no futuro, e menos hipóteses de viver um acontecimento negativo.



A Figura 11 é uma tentativa de representação das várias direcções que uma personalidade pode apresentar no seu quotidiano diante dos acontecimentos de vida. Podemos observar uma orientação optimista se a pessoa abraça a sua vida com expectativas positivas sobre o seu futuro ou uma orientação pessimista se um indivíduo abarcar expectativas negativas face ao seu futuro para a sua vida.

QUADRO 13 – ORIENTAÇÃO DA VIDA (OPTIMISMO)

OPTIMISMO DISPOSICIONAL	OPTIMISMO IRREALISTA
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Desenvolveu-se a partir da teoria.</li> <li>⇒ É uma predisposição ou tendência estável do indivíduo para pensar que de um modo geral tem mais hipóteses de experienciar mais acontecimentos positivos do que negativos ao longo da sua vida.</li> <li>⇒ Optimismo como traço de personalidade.</li> <li>⇒ O indivíduo está centrado no resultado da sua acção.</li> <li>⇒ Circunscreve-se na teoria da auto-regulação de Carver e Scheier (1982), de onde se destaca a explicação da repetição do espaço adaptativo e da desvinculação ou cessação das actividades.</li> <li>⇒ Parece favorecer preferencialmente as estratégias de adaptação activas ou centradas no problema, estando ligado de forma negativa com as estratégias de evitamento (Aderssson, 1996, cit. Sultan &amp; Bureau, 1999).</li> <li>⇒ No domínio da saúde pode ter uma influência positiva nos comportamentos preventivos.</li> <li>⇒ O optimismo de uma forma geral está ligado à ausência de instabilidade emocional ou de ansiedadee traço.</li> <li>⇒ O optimismo disposicional está inversamente ligado ao neuroticismo e às emoções negativas (Marshall et al., 1992).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Desenvolveu-se a partir da fundamentação dos resultados empíricos.</li> <li>⇒ Tendência a acreditar que <b>em relação aos outros</b>, o indivíduo tem mais hipóteses de viver no futuro próximo acontecimentos positivos do que negativos, pelo que, é muito menos provável que viva um acontecimento negativo.</li> <li>⇒ Crença na probabilidade de poder escapar do risco de viver um acontecimento negativo.</li> <li>⇒ Esta crença não constitui uma ausência de consciência da realidade e dos riscos que ela comporta; mas constitui uma forma de negar a realidade.</li> <li>⇒ O indivíduo assenta na ideia de que o risco (se ele existe) não lhe diz respeito, como tal pensa : "Eu estou consciente do perigo, mas isso não me acontecerá a mim, isso acontecerá aos outros".</li> <li>⇒ O pensamento tem como base a <b>ilusão da vulnerabilidade</b> proposta por Perloff e Fetzner (1986, cit. Sultan &amp; Bureau, 1999) , que leva a pessoa a dizer com toda a racionalidade : "Eu sou menos vulnerável que os outros".</li> <li>⇒ O optimismo irrealista pode ser um optimismo comparativo, uma vez que toma como termo de comparação os outros. A convicção de estar menos exposto que os outros será realista ao nível do indivíduo, se este efectivamente apresenta comportamentos muito diferentes da média dos indivíduos, pelo que, correrá menos riscos.</li> </ul>

No âmbito do optimismo podemos considerar dois tipos: o *disposicional* e o *irrealista*, cujas características podemos observar no Quadro 13. O optimismo irrealista está próximo da falta de pessimismo disposicional e as distinções conceptuais são elaboradas no âmbito da noção de optimismo. A estimativa positiva de um confronto com uma situação é diferente de uma previsão das capacidades dos recursos em geral. O optimismo irrealista é uma tendência optimista e ao mesmo tempo uma distorção perceptiva inerente ao

juízo produzido, reflectindo uma percepção de invulnerabilidade (Costa & Lima, 1998).

Weinstein (1980, *cit.* Costa & Lima, 1998) realizou um estudo com estudantes do ensino superior, com o objectivo de observar os níveis e as condições em que o optimismo irrealista ocorre, os resultados indicaram que o optimismo está relacionado com aspectos como: o grau de desejabilidade do comportamento, a probabilidade percebida de ocorrência do comportamento, a experiência pessoal, o grau de controlo percebido sobre o acontecimento e a associação do comportamento a estereótipos.

No estudo da prevenção do risco, o optimismo irrealista tem explicado a razão porque muitos indivíduos colocam em perigo a sua saúde, é que eles consideram que a sua probabilidade de ser vítima de um problema de doença (venérea, SIDA, esterilidade, hepatite, tuberculose, diabetes, cancro da pele e do pulmão, depressão nervosa, enfarte, ...) é menor do que a dos outros mortais, daí que tomem atitudes arriscadas.

Várias hipóteses foram formuladas no sentido de explicar o porquê do optimismo irrealista (Sultan & Bureau, 1999; Costa & Lima, 1998):

- O fenómeno exprime uma forma de negar (negação) (Lazarus, 1983).
- Trata-se de uma forma de uma expressão de um ou vários *biais* cognitivo(s) mais específico(s) (Weinstein, 1982; Tversky & Kahneman, 1974).
- O papel do fenómeno optimista é o controlo da situação (Klar *et al.* , 1996) ou a crença exagerada na capacidade de controlar os acontecimentos em geral (ilusão de controlo) o que origina uma sobrestimação das capacidades e uma sobrevalorização da acção que exerce sobre o meio (Taylor, 1989).
- O papel do fenómeno optimista é a falta de controlo da situação (Mckenna, 1993; Middleton, 1996; Hoorens & Buunk, 1993).

- A tendência optimista constitui uma distorção perceptiva inerente ao julgamento produzido, reflectindo a percepção de invulnerabilidade.
- A tendência para o optimismo irrealista pode observar-se também em situações de ameaça, como demonstrou Van der Velde, Hooykas e Van der Pligt (1991, 1993) num estudo sobre uma população heterossexual com elevado risco de infecção ao HIV (prostitutas e seus clientes), onde os indivíduos apresentavam uma maior percepção de controlo, acompanhado de estimativas de vulnerabilidade mais elevadas para os outros.
- De acordo com o modelo de Becker (1974) – o *Health Belief Model* – uma pessoa que se percebe como vulnerável a uma dada doença identificada vai desenvolver comportamentos de protecção. Outros autores, são de opinião que o sentimento de invulnerabilidade pode ser responsável *pour la prise du risque*.

No domínio da saúde e da prevenção, as significações atribuídas ao optimismo irrealista podem ser discutíveis. Diante da problemática estabelecida, quando em Psicologia da Saúde estamos a falar de optimismo, a que optimismo nos queremos referir? A uma predisposição da personalidade para encarar a vida numa orientação adequada de tonalidade positiva, que ajudam a trilhar caminhos que conduzam a resultados de êxito e, implicitamente, à construção de uma memória positiva. O conceito encontra-se inscrito num modelo comportamental de auto-regulação, onde os indivíduos apresentam um esforço adequado para atingir os seus objectivos enquanto os consideram acessíveis e alcançáveis através da sua acção.

Na conceptualização da orientação de um objectivo podem ser consideradas (Walle *et al.*, 1999): a **aprendizagem** da orientação de um objectivo e desenvolvimento da competência através da aquisição de aptidões novas e domínio das situações novas; e **performance** da orientação de um objectivo, para demonstrar e validar a própria competência, seguindo os julgamentos favoráveis e evitando os julgamentos negativos.



Uma aprendizagem de orientação de objectivos implica que os indivíduos utilizem estratégias de auto-regulação para alcançar a sua meta (definição de um objectivo, esforço e planeamento). É preciso desenvolver competências para adquirir novos padrões e saber lidar com as situações desconhecidas (aprendizagem da orientação do objectivo); para poder desencadear os esforços que conduzam a um comportamento orientado para a meta ou a concretização do fim (realização da orientação para a meta).

As disposições ou as tonalidades afectivas orientam a direcção do comportamento, proporcionam estimulações mentais sobre a resposta alternativa possível e adequada para os acontecimentos de vida de uma personalidade.

Um pensamento contrafactual (por exemplo, “só se “; “ou pelo menos”) consiste na simulação da alternativa possível face às situações que geralmente as pessoas apresentam nos seus eventos de vida. Não é só penetrante, profundo e subtil, como ocorre espontaneamente e influência as respostas afectivas. Contudo, também constitui uma característica do funcionamento sócio-cognitivo dos indivíduos, daí a sua associação com uma variedade de acontecimentos de vida. Por conseguinte, as respostas afectivas das pessoas, positivas ou negativas, podem divergir em função da direcção contrafactual, inclusivé o mau humor e a auto-estima podem influenciar o pensamento contrafactual (Sanna, Turley & Meier, 1999); isto é, a disposição que um indivíduo apresenta é uma resposta à direcção contrafactual ou um antecedente à direcção contrafactual.

Robbinson-Wehlen *et al.* (1997) defendem que o optimismo e o pessimismo são dois factores ou dois constructos distintos e independentes.

Os efeitos benéficos do optimismo resultam da implementação do pensamento optimista, do evitar do pensamento pessimista ou da combinação das duas acções. Nos seus estudos os autores observaram que o pessimismo é um predictor do nível de saúde física e psicológica; e que o optimismo e pessimismo são igualmente predictores de *stress* e não *stress*.

Os optimistas tendem a persistir nas suas tarefas e desencadeiam esforços direccionados, ao contrário dos pessimistas, que são passivos e desistem da realização dos seus objectivos; daí que, estas duas disposições do humor apresentam distintas consequências quer fisiológicas quer psicológicas (Raikkoen, Matthews, Flory, Owens & Gump, 1999).

McFarlan e Buehler (1998) num estudo sobre a auto-focagem da atenção no mau humor concluíram que as pessoas que adoptam uma orientação reflexiva no sentido do mau humor apresentam uma recordação incongruente, mas quando adoptam uma orientação ponderada do seu mau humor estão mais próximas da recordação congruente. O modo como as pessoas se focalizam no seu mau humor modera a relação entre a disposição afectiva e a memória.

A tarefa da orientação da vida desempenhada por cada personalidade não é uma actividade fácil, exige competências, dedicação, capacidade de escolher e decidir, controlo pessoal e a ajuda dos outros (apoio social). Perspectivada no domínio da aprendizagem ou na dimensão da *performance*, podemos considerar que uma sintonia de humor adequada face aos acontecimentos de vida pode ser importante para a sobrevivência do indivíduo. Uma disposição optimista (emoção), um pensamento optimista (cognitivo) e a capacidade de interagir com o Eu e o(s) Outro(s) com uma

disposição positiva como o optimismo (comunicação) são contributos importantes para conduzir as experiências de vida no sentido do êxito, da esperança, da felicidade e do bem-estar global.

#### **4.5. DELINEAR HIPÓTESES SOBRE O INVESTIMENTO DO CAPITAL DO STOCK DE SAÚDE – COMO PRODUZIR SAÚDE?**

A propósito de bem-estar subjectivo, relativo à avaliação pessoal, cognitiva e afectiva que os indivíduos realizam sobre as suas próprias vidas, foi referido no Capítulo 3, o estudo de Diener, Diener e Diener (1995) sobre o bem-estar subjectivo de 55 nações, num total de 1 milhão, 143 mil e 400 respondentes. Foram registadas informações sobre a *saúde* (saúde per capita, o poder, as necessidades básicas), os *direitos* (violações, direito civil, direito político), a *comparação social* (ao nível positivo e ao nível das relações de vizinhança), *igualdade* (nível atingido, longevidade, acesso do sexo feminino à educação) e *heterogeneidade* (diversidade étnica, heterogeneidade cultural, separatismo). Recorde-se que Portugal ocupou o 33º lugar, tendo participado com mil indivíduos portugueses. A partir desta panorâmica como podemos contribuir para elevar o bem-estar subjectivo dos portugueses?

A presente dissertação encontra-se enquadrada no campo da Psicologia da Saúde, já que tem como principal direcção a construção de indivíduos responsáveis e agentes dos seus próprios estados de saúde; isto é, cada um é o actor ou a actriz principal nos seus processos de procura, manutenção e recuperação de saúde. Desta forma, pretende-se conhecer quais os factores determinantes para um bom investimento do *stock* do capital

de saúde, ou seja, solucionar o problema levantado pela questão seguinte – **Como podemos produzir saúde?** No sentido, de lhe dar resposta e em função da informação apresentada anteriormente durante os quatro capítulos, delinearam-se os seguintes pressupostos ou hipóteses de estudo:

- H1 – O tipo de interacções que uma personalidade estabelece consigo própria, está relacionada com uma auto-produção de saúde.
- H2 – O Eu só tem existência através da comunicação (intra- e inter- individual) que estabelece com o Eu e Outro (no singular e no plural), pelo que, a qualidade de uma relação interfere na vida saudável, de forma positiva.
- H3 – O apoio social expressivo e instrumental, em especial o da família e dos amigos íntimos, são determinantes para a construção de uma comunicação de saúde.
- H4 – A vida em família, os recursos familiares (orgulho familiar e entendimento familiar) interferem de modo positivo na produção de saúde.
- H5 – Quanto maior for, o controlo interno que as pessoas apresentarem numa situação quotidiana e o seu sentimento de responsabilidade pelos seus resultados positivos, mais elas podem estar motivadas a comportarem-se de uma forma mais saudável.
- H6 – As avaliações cognitivas e afectivas que as pessoas realizam sobre as suas próprias vidas (bem-estar subjectivo) estão em sintonia directa e positiva com a saúde, bem-estar global, qualidade de vida, fontes de bem-estar subjectivo e período etário de vida.
- H7 – Os *inputs* do Modelo de produção de saúde, (serviços de saúde; rendimento; educação; habitação; ambiente familiar), e os *inputs* acrescentados (auto-conceito, apoio social, recursos familiares, fontes de satisfação com a vida, orientação da vida (optimismo), esperança, locus de controlo) são um bom investimento do *stock* do capital de saúde.

**H8** – O sexo masculino apresenta maior bem-estar subjectivo ou saúde geral e orientação de vida optimista do que o sexo feminino.

**H9** – As emoções positivas, em particular o optimismo disposicional e a esperança estado, proporcionam o incremento de saúde e bem-estar

Na segunda parte da investigação em curso (**2ª Parte– Contribuição Pessoal**), que será apresentada em seguida, nos Capítulos 5, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11, teremos oportunidade de esclarecer as dinâmicas da comunicação–bem-estar e relação–saúde, delinear os perfis dos indivíduos **A** (*bom stock de saúde*) e **B** (*mau stock de saúde*) e testar as nossas hipóteses.

## 2ª PARTE – CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

## **CAPÍTULO 5**

# **CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

### **5.1. PROPÓSITO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA**

Os estudiosos da Psicologia têm tendência para realizarem as suas investigações e consequente construção de material sobre emoções negativas, pelo que partem de “populações doentes” e inferem os resultados para os outros indivíduos. Por conseguinte, deixam para segundo plano a investigação das emoções positivas cujo seu estudo remete para “populações saudáveis”; que constituem por certo a maioria dos humanos. É certo que estas últimas são mais instáveis em termos de sintomatologia e por isso, mais difíceis de caracterizar, contudo através das pessoas incluídas neste grupo estamos mais próximos da observação da saúde e do bem-estar. Várias questões pairam neste domínio: O que pode gerar um comportamento saudável? O que é realmente o oposto do comportamento neurótico num indivíduo? Será legítimo inferir e generalizar o estudo do comportamento saudável a partir do comportamento “doente”? O que distingue os indivíduos com saúde dos outros?

Se podemos aprender e desaprender um comportamento neurótico (Vaz Serra & Freitas, 1983) é porque também o podemos fazer em relação a um comportamento saudável. Ora tais constatações remetem-nos para o domínio da Psicologia da Saúde, da Educação para a Saúde e Saúde Pública. Os psicólogos, os educadores, os médicos, os enfermeiros, os

políticos e os legisladores são profissões relacionadas com a construção de saúde.

Nos últimos vinte anos, a Psicologia nos Estados Unidos e Europa, assistiu ao aparecimento de uma nova área de especialização: a Psicologia da Saúde. Em Portugal, estão a ser dados os primeiros passos para que esta especialidade seja reconhecida pela própria Psicologia e pelas outras ciências da saúde. A criação da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, em Junho de 1995, é um marco que veio formalizar um espaço de encontro entre a Psicologia e a Saúde, nas suas vertentes científica, educacional e profissional.

A Psicologia da Saúde como *ciência* e como *profissão* apresenta um papel determinante no mundo social contemporâneo, já que, tem como principais objectivos **conhecer** os processos conducentes à saúde e à doença para poder **intervir** ao nível da **prevenção** da doença e da **promoção** da saúde e qualidade de vida (McIntyre, 1994; 1997; Ribeiro, 1994, 1997; Teixeira, 1994; Leal; 1994).

Uma compreensão bio-psico-socio-cultural da vida dos humanos a caminho do século XXI implica uma atitude de predisposição, disponibilidade, atenção e discernimento das realidades contemporâneas. É preciso entender as vivências, as experiências, os sonhos das mulheres e dos homens de hoje, se queremos construir um amanhã dinamizador de ambientes promotores da construção/desenvolvimento de personalidades mais felizes.

Não nos interessa só mudar a folha do século no calendário, é preciso muito mais. O que queremos é a possibilidade para construir no próximo milénio indivíduos responsáveis pela sua saúde e por isso, mais



implicados na sua vida individual/social e com esperança no dia de amanhã, a partir de um ponto de referência positivo do passado. Nesta direcção, o futuro é construído ontem e por isso, há toda a conveniência em abarcar o conhecimento que dispomos sobre o assunto do bem-estar e da qualidade de vida para *partir para a praxis* da saúde, para *estar presente no futuro*.

No seguimento destas reflexões, a família, a escola e a comunidade passam a ser espaços preciosos para a saúde. Uma aposta na Educação para a Saúde é um alvo a ser privilegiado no mundo da escola possibilitando uma educação humanizada dos alunos, pais, professores, cidadãos, onde a defesa do valor da saúde seja uma prática permanente.

Conscientes da importância que a SAÚDE pode ter na vida dos humanos para a construção de bem-estar, pretendemos responder à questão : **Como produzir saúde?** Delimitando o campo de observação, pretendemos compreender de que forma este constructo se encontra relacionado com o Auto-Conceito, Apoio Social, Satisfação com a Vida e suas Fontes, Esperança, Orientação na Vida (optimismo disposicional) e Locus de Controlo. Neste sentido, procurou-se saber quais os comportamentos, trajectórias e condições que conduzem a um bom *stock* (indivíduo A) ou a um mau *stock* de saúde (indivíduo B) e a partir daí, efectuar previsões que possam conduzir a estratégias de manutenção de comportamentos salutareos ou de mudança de comportamentos de risco (individual, comunitário ou social).

As preocupações deste estudo encontram-se enquadradas no campo da Psicologia da Saúde, já que tem como principal direcção a construção de indivíduos responsáveis e agentes dos seus próprios estados de

saúde; isto é, cada um é o actor ou a actriz principal nos seus processos de procura, manutenção e recuperação de saúde.

A partir da investigação bibliográfica efectuada destacaram-se informações consideradas pertinentes e que possibilitaram situar o nosso problema. Percorramos então uma síntese do caminho dos conhecimentos que ajudaram a despertar a reflexão e permitiram equacionar a problemática deste estudo; e que já foram alvo de aprofundamento nos capítulos anteriores.

O modo como é percepcionada a relação estabelecida entre as várias auto-imagens, ajuda a construir de forma significativa o **auto-conceito** (Vaz Serra, 1986) e, em particular, a efectuar uma auto-avaliação das qualidades e desempenhos do próprio sujeito ou de como se sente a si próprio (**auto-estima**). De que forma é que o tipo de interacções, que uma personalidade estabelece consigo própria, está relacionado com uma auto-produção de saúde?

O EU só tem existência através da comunicação (intra- e inter-individual) que estabelece com o OUTRO (no singular e no plural); por isso, a **qualidade de uma relação** é um valor vital a ser considerado, mesmo antes do nascimento de uma criança.

O apoio social que reflecte a vinculação do indivíduo ao seu ambiente social: comunidade, rede social e relações íntimas e confidenciais (Dean, 1986). O apoio social, em especial da família e dos amigos íntimos, parece revelar-se determinante para a construção de um bom comunicador pessoal e social, proporcionando um amortecimento de situações agressivas, desencadeando sentimentos positivos sobre o futuro (Faria, 1993) e, consequentemente, a ter uma vida mais feliz. Por outro lado, também surge

ligado a níveis de educação; já que, quanto mais elevado é o nível cultural da pessoa, mais esta parece apresentar aptidões para criar amigos e nas alturas em que se sente em crise recorre ao seu auxílio (Vaz Serra, Faria & Firmino, 1992). Saliente-se ainda que, nas situações de *stress* o apoio social ajuda a diminuir o desenvolvimento de psicopatologia (Dinner, 1986).

Os vários modelos (Friedman, *et al.*; 1993) que relacionam a **personalidade e a saúde** prevêem (de um modo geral) que a personalidade construída na infância e adolescência possa ser um indicativo de **saúde tardia e longevidade**.

Ellis (*cit.* Vaz Serra & Freitas, 1993) refere que existem factores que podem ensinar uma pessoa a tornar-se um neurótico destacando a importância dos pais ou de figuras representativas para o indivíduo. Por conseguinte, se eles forem modelos que apresentem dificuldades emocionais, ao serem imitados pelos indivíduos mais jovens, estes poderão apresentar em função do meio ou situação, dificuldades semelhantes. Destaque para alguns dos fenómenos que quando apresentados com frequência numa atmosfera familiar ou noutro meio, podem gerar um comportamento neurótico: rejeição precoce, críticas repetidas, perfeccionismo, criação de tabus desnecessários, incentivo para a competição desmedida, sobreprotecção, frustração sistemática, punição permanente e hostilidade, necessidade de aprovação social ou culpabilização.

Os níveis de orgulho e entendimento familiares parecem contribuir activamente para uma saúde mental melhor (Canavarro, Vaz Serra, Firmino & Ramalheira, 1993) bem como, o suporte emocional apresentado pelos pais aos filhos na infância encontra-se positivamente associado a vinculação segura na

idade adulta (Canavarro, 1997); o que leva a salientar a importância e o valor dos **recursos familiares** para a produção de saúde.

Estados de humor positivos podem encorajar a ajuda, desdramatizar a situação problema, promover perspectivas no EU de vir a ser bondoso e tolerante, logo mais sociável e com mais saúde (Argyly, 1987). Quando uma pessoa está feliz, o seu humor positivo (optimismo) vai fazer com que o seu pensamento sobre os acontecimentos e problemas de vida seja diferente do que se estivesse triste, logo, a capacidade de resolução do problema estará em sintonia (Marshall *et al.*, 1992; Scheier, Carver & Bridges, 1994; Sultan & Bureau, 1999). Se as expectativas determinam os acontecimentos, o *locus de controlo* e o humor são o colorido do *estilo de vida* de cada personalidade.

Se alguém deseja mudar um comportamento então precisa de controlar essa situação. Ora as pessoas atribuem as causas do êxito ou fracasso a elas próprias e/aos outros em termos de interno-externo; estável-instável, controlado-incontrolado. Assim, terá sentido supor que quanto maior for o controlo que as pessoas tenham da sua situação (Locus de controlo interno), (Rotter, 1966; Barros & Barros; 1989), bem como, o seu sentimento de responsabilidade pelos resultados positivos (Brewin, 1981; 1984; Neto, Barros & Barros, 1990), mais elas podem estar motivadas a comportarem-se de uma forma mais saudável. Boyle e Harrison (1981) avaliaram o Locus de Controlo no contexto específico da saúde (Locus de Controlo de Saúde) e encontraram dois factores que expressavam as dimensões de internalidade (ex. –item: *se eu ficar doente, isso acontece devido a algo que eu fiz*) e externalidade (ex.-item: *a saúde é , em larga medida uma questão de sorte*).

Uma das mais fascinantes áreas de pesquisa, que tem emergido nestes últimos tempos, diz respeito às avaliações cognitivas e afectivas que as pessoas fazem das suas próprias vidas (bem-estar subjectivo) (Ferreira & Simões, 1999). Numa perspectiva teórica a saúde poderá ser um indicador de bem-estar subjectivo (Diener *et al.*, 1995) já que, possibilita alcançar objectivos de vida com êxito, que posteriormente se transformam em reforços significativos, para que uma personalidade continue a caminhar com essa orientação; pois, encontra-se satisfeita com o seu projecto vivencial (elevado grau de satisfação com a vida). Não será difícil aceitar o seguinte pressuposto: quanto mais saúde for percebida, maior é o bem-estar e a qualidade de vida.

O Modelo de produção de saúde proposto por Grossman (1972) ou a sua representação através do diagrama de Maynard (1981), salienta a participação de quatro *inputs* : Serviços de saúde; Rendimento; Educação; Habitação; Ambiente Familiar. Coloquemos principalmente o foco luminoso em apenas dois: Educação, Ambiente Familiar e acrescentemos o Apoio Social, Orientação/Satisfação de Vida, Locus de Controlo/Responsabilidade pelos resultados e Auto-Conceito.

De acordo com o exposto, o presente trabalho tem como desafio subjacente procurar conhecer os factores que determinam um bom *stock* de saúde ao mesmo tempo que interpela até que ponto uma personalidade, enquanto comunicador(a) de bem-estar (relação funcional com o EU e com o(s) OUTRO(S)) pode ser a figura que sobressai do fundo, para a construção de saúde individual e social.

Na continuidade da tese de mestrado *Comunicação Individual e Comunicação Social – sua relação com o Auto-Conceito, Apoio Social,*

*Temperamento e Êxito* (Faria, 1993) e após uma pesquisa bibliográfica iniciada em 1994, chegou-se também à conclusão que (...) *no domínio da adaptação, construção e aferição de instrumentos ainda muito está por fazer em Portugal*. (Almeida, Gonçalves, Simões, 1995, IV). Por conseguinte, não sendo do nosso conhecimento a existência de instrumentos aferidos para a população portuguesa que permitissem avaliar Fontes de Satisfação com a Vida, Apoio Social Instrumental e Expressivo, Orientação de Vida, Esperança e Saúde Geral, houve a necessidade de criar uma escala (**ESTUDO 1**) e de realizar a adaptação portuguesa de instrumentos (**ESTUDOS 2, 3, 4 e 5**), para avaliar os constructos pretendidos, bem como, estabelecer relações e previsões estatísticas entre as variáveis consideradas (**ESTUDO 6**).

No Estudo 6, num primeiro momento, procurou-se atingir uma visão integradora das relações existentes entre todas as variáveis para depois, tentar conhecer de que forma a saúde geral de uma pessoa (considerada como variável dependente) se encontra relacionada com o seu auto-conceito, apoio social instrumental e expressivo, recursos familiares, orientação de vida, esperança, locus de controlo de saúde e locus de controlo (consideradas como variáveis independentes). Por último, constituíam-se dois grupos de indivíduos: os que apresentavam uma *boa saúde* geral e os que se destacavam por uma *má saúde* geral, com o objectivo de os caracterizar.

A partir das reflexões realizadas e dos múltiplos contributos dos autores anteriormente referidos ao longo deste trabalho, esperamos que entre a população geral de indivíduos “saudáveis”, se possam delinear dois tipos de indivíduos, em função do seu **stock de saúde**: **A** ( indivíduo que gosta de si próprio e tem uma elevada internalidade relativa à atribuição de responsabilidade pelos

resultados positivos, pertence a uma família com elevados recursos internos, expressa um elevado apoio social sentido e uma orientação/satisfação positiva da vida, logo cultiva, cuida e comunica saúde) e **B** (indivíduo que não gosta de si próprio e tem uma elevada internalidade relativa à atribuição de responsabilidade pelos resultados negativos, pertence a uma família com baixos recursos internos, expressa um baixo apoio social sentido e apresenta uma orientação/satisfação negativa da vida, logo não cultiva, descuida e não comunica saúde).



Ao estudar algumas das dimensões de saúde numa população “saudável” podemos adiantar que nos encontramos diante de indicadores de

bem-estar psicológico que nos podem permitir um melhor conhecimento dos indivíduos ao mesmo tempo que dão informação para orientações de saúde na prática psicológica (Figura 12).

## 5.2. METODOLOGIA

As informações apresentadas neste tópico dizem respeito aos estudos empíricos apresentados nos Capítulos 6, 7, 8, 9, 10 e 11.

Após se ter investigado a *validade de conteúdo* dos instrumentos utilizados que não estavam adaptados e aferidos para a população portuguesa, deu-se seguimento à recolha de dados que foi efectuada entre 1997 e 1998. Os estudos foram realizados em adultos jovens e adultos do Instituto Politécnico de Beja (Escola Superior de Educação, Escola Superior Agrária e Escola Superior de Tecnologia e Gestão), Escola Superior de Enfermagem de Beja, Instituto do Emprego e Formação Profissional de Beja, de Santiago do Cacém e de Ourique, Rota do Guadiana- Associação de Desenvolvimento Integrado de Serpa e da população em geral, que se encontrava no Baixo Alentejo durante o referido período.

A presente investigação utilizou duas amostras: **A1 (n=132)** e **A2 (n=790)**. A primeira amostra foi utilizada num estudo preliminar com o objectivo de procurar investigar a *estabilidade temporal* dos instrumentos a adaptar, aferir ou construir para a população portuguesa e alguns possíveis problemas de aplicação, que pudessem surgir e que não tivessem sido contemplados. Por sua vez, os estudos psicométricos dos instrumentos e as relações entre as variáveis consideradas foi realizado a partir da amostra A2(n=790).



### 5.2.1. PROCEDIMENTO

A colheita dos dados foi realizada de forma individual ou em grupo, na situação de sala de aula ou na instituição com a presença da autora do corrente estudo. Quando tal não era possível, oportuno ou viável foi devidamente explicado a colaboradores ou a cada indivíduo em particular, como deveriam preencher ou dar a preencher os referidos instrumentos para que também eles o pudessem fazer. No geral os indivíduos demoravam o tempo médio de trinta minutos no preenchimento da totalidade dos instrumentos.

Para além da passagem do material psicológico utilizado na corrente investigação foram recolhidas informações relativas ao sexo, idade, grupo etário, estado civil, habilitações, religião, estado civil, formação, doente dos nervos e tomar medicamentos.

As variáveis estudadas foram objecto de cotação e classificação para posterior tratamento dos dados. A variável sexo foi cotada com o valor 1 para o masculino e 2 para o feminino. A idade foi cotada de acordo com o que era referido pelos indivíduos, em anos e foram considerados cinco grupos etários (I, II, III, IV e V):  $[\geq 17-19]$ ,  $[20-29]$ ,  $[30-39]$ ,  $[40-49]$  e  $[50-59]$ . A informação sobre as habilitações ou grau de instrução foi classificado tendo em conta os níveis de ensino habituais, tendo ainda sido considerado um grau médio : *básico* (até ao 9º ano de escolaridade), *secundário* (do 10 ao 12º ano de escolaridade), *médio* (cursos médios e bacharelato) e *superior* (licenciatura, mestrado e doutoramento). A variável religião foi cotada com o valor 1 se tinha alguma religião e 2 se era agnóstico. No que diz respeito ao estado civil foi

cotado de 1 para solteiros, 2 para casados, 3 se divorciados, 4 quando viúvos e 5 de outros (para quem referiu estar separado, a viver junto ou em união de facto).

A partir dos dados colhidos sobre o grau de instrução conjuntamente com a profissão exercida pelo próprio ou pelo principal elemento remunerado do agregado familiar, foram considerados três níveis sócio-económicos: baixo, médio e elevado (Simões, 1994). No *nível sócio-económico baixo* estão incluídos os trabalhadores assalariados, por conta de outrem, trabalhadores não especializados da indústria e da construção civil, empregados de balcão no pequeno comércio, contínuos, cozinheiros, empregados de mesa, empregados de limpeza, pescadores, rendeiros, trabalhadores agrícolas, vendedores ambulantes, trabalhadores especializados da indústria e motoristas. (até ao 8 ano de escolaridade). No *nível sócio-económico médio* consideram-se os profissionais técnicos intermédios independentes, pescadores proprietários de embarcações; empregados de escritório, de seguros e bancários; agentes de segurança, contabilistas, enfermeiros, assistentes sociais, professores do ensino primário e secundário, comerciantes e industriais (do 9º ao 12º ano de escolaridade; cursos médios e superiores). No *nível sócio-económico elevado* estão os grandes proprietários ou empresários agrícolas, do comércio e da indústria, quadro superiores de administração pública, do comércio, da indústria e de serviços, profissões liberais (gestores, médicos, magistrados, arquitectos, engenheiros, economistas, professores do ensino superior); artistas; oficiais superiores das forças armadas militares e militarizadas, pilotos da aviação (do 4º ano de

escolaridade (de modo a incluir proprietários e empresários) à licenciatura, mestrado ou doutoramento).

Relativamente à formação foi cotada com 1 se era estudante, 2 se não era e 3 se trabalhador/estudante. Quanto à questão “*Já alguma vez esteve doente dos nervos?*” a opção afirmativa foi cotada de 1 e a negativa de 2. A interrogação se “*Anda a tomar medicamentos?*” foi cotada de forma idêntica à anterior

### **5.2.2. AMOSTRA**

Conforme já foi dito anteriormente, foram utilizadas duas amostras **A1(n=132)** e **A2 (n=790)**, ambas recolhidas no Baixo Alentejo. Convém referir que a população não está fatigada, nem familiarizada com instrumentos psicológicos. Foi interessante observar contra o receio de invasão de privacidade de poucos, a disponibilidade e entusiasmo da maioria em participar no preenchimento dos testes, não só porque podia ser interessante, mas porque de certa forma sentiam que podiam contribuir para diminuir o anonimato desta região de Portugal.

#### **CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA A1**

A presente amostra ficou constituída por 132 indivíduos, sendo 110 do sexo feminino e 22 do sexo masculino. A sua origem correspondeu a alunos do Instituto Politécnico de Beja, nomeadamente, da Escola Superior de Educação , de Cursos de Formação Inicial (1º, 2º e 3º anos) e de Cursos

Superiores Especializados (Ano lectivo 1997/1998); foi recolhida em Beja e em Santiago do Cacém. Os indivíduos prestaram-se a responder aos instrumentos de avaliação psicológica cerca de um mês e meio mais tarde (Teste-Retest), a fim de possibilitar a avaliação da estabilidade temporal do material psicológico apresentado (coeficiente de estabilidade) e o coeficiente de equivalência.

Os examinados foram informados de que seria respeitado o anonimato não preenchendo o nome ou iniciais do mesmo. No entanto, deveriam colocar o número de estudante ou um outro sinal acordado (para serem identificados os dois momentos de cada indivíduo contactado), o sexo, idade, estado civil, profissão, habilitações Os indivíduos referiram relativamente à *religião* (106 têm religião e 26 são agnósticos), *estar doente dos nervos* (23 doentes e 109 saudáveis) e *andar a tomar medicamentos* (9 indivíduos estão a tomar e 123 não tomam). A maioria dos indivíduos são solteiros, estudantes do ensino superior, pelo que têm o 12º ano ou bacharelato. O indivíduo mais novo tinha 18 anos e o mais velho 51, sendo a média de 23 anos e o desvio padrão de 6.31.

## **CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA A2**

A segunda amostra reuniu 790 indivíduos, sendo 319 do sexo masculino e 480 do sexo feminino, oriundos do Instituto Politécnico de Beja (alunos, funcionários, docentes, familiares e amigos), Escola Superior de Enfermagem de Beja, Instituto do Emprego e Formação Profissional de Beja, Santiago do Cacém e pólos de Ourique e Alvalade, Rota do Guadiana - Associação de Desenvolvimento Integrado de Serpa e indivíduos da população

em geral, durante os anos de 1997 e 1998. Os inquiridos foram informados de que seria respeitado o anonimato não preenchendo o nome ou iniciais do mesmo.

**QUADRO 14 – CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA A2**

<b>AMOSTRA A2 N=790</b>			
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>MÉDIA DESVIO PADRÃO</b>
<b>SEXO</b>			
HOMENS	310	39.24	1.61
MULHERES	480	60.76	.49
<b>ESTADO CIVIL</b>			
SOLTEIRO	387	48.99	1.58
CASADO	369	46.71	.68
DIVORCIADO	21	2.66	
VIÚVO	5	.63	
OUTRO (viver junto/separado)	8	1.01	
<b>HABILITAÇÕES</b>			
BÁSICO	105	13.29	2.58
SECUNDÁRIO	306	38.73	.99
MÉDIO	194	24.56	
SUPERIOR	185	23.42	
<b>NÍVEL SÓCIO-ECONÓMICO</b>			
BAIXO	97	12.29	1.97
MÉDIO	620	78.48	.46
ELEVADO	73	9.24	
<b>IDADE (GRUPO ETÁRIO)</b>			
≥17-19	83	10.51	31.02
20-29	292	36.96	9.83
30-39	259	32.79	
40-49	107	13.54	
50-59	49	6.20	
<b>FORMAÇÃO</b>			
ESTUDANTE	256	32.40	1.73
NÃO ESTUDANTE	492	62.29	.55
ESTUDANTE/TRABALHADOR	42	5.32	
<b>RELIGIÃO</b>			
TEM RELIGIÃO	523	70.00	1.30
AGNÓSTICO	237	30.00	.46

As características gerais da amostra encontram-se no Quadro 14. Refira-se ainda que 141 indivíduos referiram já alguma vez ter estado doente dos nervos (17.85%) e 649 disseram que não (82.15%). Quanto a andar a tomar medicamentos só 53 o afirmaram (6.71%) e 737 indivíduos responderam negativamente (93.29%). O indivíduo mais novo tem 17 anos e o mais velho 59, verificando-se nesta amostra uma idade média de 31 anos.

Na sua constituição a amostra A2 apresenta uma preponderância de mulheres, solteiras e casadas, com um nível de instrução secundário, de nível sócio-económico médio, pertencentes ao grupo etário II e III, são saudáveis, não se encontram em formação académica e apresentam um sentimento religioso.

### 5.2.3. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

À excepção do Inventário Clínico de Auto-Conceito (Vaz Serra, 1985), Recursos Familiares (Vaz Serra, Canavarro, Ramalheira & Firmino, 1992) ou seja, a versão portuguesa do *Family Strengths* (Olson, Larse & McCubbin, 1982), Locus de Controlo de Saúde (Ribeiro, 1994) e a Escala de IPC de Levenson (Relvas, Vaz Serra, Saraiva & Coelho, 1984) os outros instrumentos utilizados na presente investigação tiveram de ser alvo de um estudo preliminar que será descrito nos Capítulos 6, 7, 8, 9 e 10. Tal facto, é devido à falta de material psicológico aferido para a população portuguesa que avalie as dimensões pretendidas na corrente investigação. Por conseguinte, houve necessidade de criar uma Escala de Fontes de Satisfação com a Vida (Faria, 1999) e adaptar para a população portuguesa os seguintes instrumentos, a fim de permitir a sua manipulação

científica: *Life Orientation Test-R* (Scheier, Carver & Bridges, 1994), *State Hope Scale* (Snyder, Sympson, Ybasco, Borders, Babyak & Higgins, 1996), *Instrumental and Expressive Social Support Scale* (Ensel & Woelfel, 1986) e *General Health Questionnaire* (v. 12 itens)(Goldberg, 1972).

## INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTO-CONCEITO

O auto-conceito é geralmente definido como a percepção que um indivíduo tem de si próprio e ao englobar a identidade do indivíduo permite a compreensão da continuidade e coerência comportamental ao longo da vida de uma personalidade.

O **Inventário Clínico de Auto-Conceito (I.C.A.C.)** foi criado por Vaz Serra em 1985 e têm-se apresentado como um instrumento válido, sensível ao bom e ao mau ajustamento do indivíduo. É uma escala unidimensional de tipo *Likert* que tem como objectivo medir os aspectos emocionais e sociais do auto-conceito e mais em concreto, como diz o seu autor, *a maneira de ser habitual do indivíduo e não o estado em que transitoriamente se encontra*.

Este instrumento de auto-avaliação apresenta 20 questões, cotadas de 1 a 5, cinco categorias classificativas (1= não concordo, 2=concordo pouco, 3=concordo muitíssimo, 3=concordo moderadamente, 4=concordo muito, 5=concordo muitíssimo) umas vezes em ordem directa outras de modo inverso, podendo a nota global ir de um mínimo de 20 a um máximo de 100. Existem três questões que são cotadas em sentido inverso, enquanto as restantes em sentido directo. Por conseguinte, o inventário está construído de maneira que o auto-conceito de um indivíduo é tanto melhor, quanto maior o valor global obtido.

De uma análise dos componentes principais dos 20 itens, seguida de uma rotação ortogonal, surgiram seis factores que explicam 53.42% da variância total. Destaque particular para o Factor 1: ***aceitação/rejeição social*** (contribui 20.12% para a percentagem cumulativa da variância) e o Factor 2 : ***auto-eficácia*** (contribui 9.01% para a percentagem cumulativa da variância. Na investigação efectuada por Vaz Serra a média global obtida para a população portuguesa (n=920) foi de 72.142 e o desvio padrão de 7.191. O valor da média e do desvio padrão levam a conhecer como determinado indivíduo que é observado se afasta do grupo. A nota para a *aceitação /rejeição social* (F1) varia entre 5 e 25; e para a *auto-eficácia* (F2) varia entre 6 e 30.

Em Portugal existem vários estudos (Vaz Serra, 1995) que utilizaram este inventário que comprovaram que : quanto melhor é a atmosfera familiar, melhor é o auto-conceito do indivíduo e os seus sentimentos de aceitação social e de auto-eficácia (Vaz Serra, Firmino & Matos, 1987); existe uma relação significativa entre o auto-conceito do indivíduo e o locus de controlo (correlação positiva e muito significativa com a internalidade e correlação negativa e muito significativa com a externalidade) (Vaz Serra, Firmino & Matos, 1987); os indivíduos com um bom auto-conceito tendem a ser auto-afirmativos e a desenvolverem expectativas positivas em relação a si próprios (Bouça & Fonte, 1986); o auto conceito está correlacionado com as atribuições de modo que a importância atribuída à situação se correlaciona com as atribuições de internalidade (Vaz Serra, 1988); os indivíduos com perturbações emocionais tendem a ter um auto-conceito pobre (Vaz Serra & Firmino, 1986), bem como os que desenvolvem sintomatologia depressiva na população em geral (Vaz Serra, Matos & Gonçalves, 1986) ou que apresentam



uma ansiedade social elevada (Vaz Serra Gonçalves e Firmino, 1986); quanto melhor é o auto-conceito do indivíduo menor é a propensão para desenvolver sintomas devido ao *stress* (Andrade, 1987); o ICAC é um bom discriminador entre doentes deprimidos e os indivíduos da população em geral (sem problemas psicológicos ou psiquiátricos)( Pinto Gouveia, 1990). Faria (1992) comprovou que o apoio social está correlacionado de forma positiva e muito significativa com o auto-conceito e a aceitação/rejeição social, bem como uma pessoa com um bom auto-conceito apresenta uma percepção positiva da competição e não tem medo do êxito.

## **RECURSOS FAMILIARES**

O modo como cada família enquanto todo e os seus indivíduos cada um em particular lidam com a acumulação dos acontecimentos aversivos indutores de *stress* parecem estar relacionados com a ultrapassagem de tensões ou dificuldades do dia a dia e consequente construção de bem-estar familiar e individual, podendo falar-se de famílias funcionais (George, 19980; Cobb, 1976; Burr, 1973, McCubbin & Paterson, 1983, *cit.* Canavarro *et al.*, 1993).

Conforme Burr (1973) os Recursos Internos do Sistema Familiar constituem a capacidade da família para prevenir que acontecimentos indutores de *stress* podem descompensar o sistema familiar. Posteriormente, o conceito de Recursos Familiares foi operacionalizado por Olsen, Larsen e MacCubbin em 1982, considerando-o *uma constelação de atributos familiares que fazem parte dos “pontos fortes” (“strenghts”) do sistema familiar* .

O instrumento de avaliação dos **Recursos Familiares** utilizado nesta investigação é a versão portuguesa do *Family Strengths* de Olsen, Larsen e McCubbin (1982) realizada por Vaz Serra, Firmino, Ramalheira e Canavarro em 1992. O teste pretende avaliar os recursos internos do sistema familiar; é uma escala de tipo *Likert* constituída por doze questões classificadas em cinco categorias, de 1 a 5 (1=discordo muito, 2=discordo moderadamente, 3=não concordo nem discordo, 4=concordo moderadamente, 5=concordo muito). Este instrumento para além da nota global discrimina dois aspectos distintos: Orgulho Familiar (*lealdade, optimismo e confiança na família*) e Entendimento Familiar (*sentimento de capacidade para ou ser capaz de cumprir tarefas, lidar com problemas e “dar-se bem de uma forma genérica*). A cotação é feita de forma a que quanto mais elevada é a pontuação melhores são os recursos familiares, oscilando entre a nota mínima de 12 e máxima de 60. Para a dimensão o *orgulho familiar* a nota varia entre 7 e 35, para a *entendimento familiar* entre 5 e 25.

### ESCALA IPC DE LEVENSON

O Locus de Controlo é uma variável importante da personalidade que nos remete para duas dimensões: *sentido de “eficácia pessoal”* e *“fatalismo”*. Este conceito foi desenvolvido por Rotter na década de 60 no contexto da sua Teoria da Aprendizagem Social.

De um modo geral, considera-se o Locus de Controlo Interno como a percepção de controlo pessoal que um indivíduo apresenta sobre os acontecimentos importantes da sua vida. Enquanto que o Locus de Controlo Externo se refere à percepção que uma pessoa tem de falta de controlo

individual, percebendo os acontecimentos significativos como estando na dependência de factores como a sorte, destino, acaso ou acção de outras pessoas ou instituições poderosas. Conforme Relvas, Vaz Serra, Saraiva e Coelho (1984, 119): *O estudo do Locus de Controlo é o estudo da percepção do reforço, da percepção de uma relação causal entre o comportamento individual, a situação e a recompensa, em termos de aprendizagem social. A expectativa de reforço é de natureza subjectiva e diz respeito à probabilidade julgada pelo indivíduo de que um determinado reforço ocorrerá em função, ou como consequência, de um comportamento específico da sua parte, numa dada situação ou conjunto de situações.*

Numerosas escalas têm sido construídas e desenvolvidas para avaliar o Locus de Controlo destacando-se a escala I-E de Rotter (1964) como a mais largamente usada. Contudo vários autores (Levenson, 1972; 1974; Collins, 1974; Lao, 1977; WalKey, 1979; *cit. Relvas et al.*, 1983) através de análises factoriais chegaram à conclusão que o conceito de internalidade-externalidade não é unidimensional, o quer dizer que é possível extrair mais do que dois factores.

A escala IPC (*Internal, Powerful Others and Chance*) foi criada por Levenson em 1972 e divide a componente externalidade em dois factores, conforme a atribuição é feita ao controlo de *outros poderosos* ou ao *acaso/sorte*, o que constitui um progresso relativamente à escala I-E de Rotter. É constituída por 24 itens, que se cotam a partir de uma chave do tipo *Likert* de 6 pontos (1=discordo de maneira muito acentuada, 2=discordo de maneira acentuada, 3=concordo, 5=concordo de maneira acentuada, 6=concordo de maneira muito acentuada). Todas as questões estão redigidas de forma a dizerem respeito apenas ao

indivíduo, avaliando o grau em que uma pessoa sente que tem controlo sobre o que lhe acontece e não o que possa sentir relativamente ao que se passa para os outros em geral. Cada um dos factores I, P e C é avaliado através de oito itens apresentados de forma alternada para cada um dos três factores; o factor I indicam a internalidade e os factores P e C a externalidade.

Saliente-se ainda a hipótese efectuada por Hochreich (1974, cit. Relvas *et al.*; 1983) de poder ser detectados a partir da escala IPC de Levenson dois tipos de externalidade: a defensiva e a congruente. Por conseguinte, os indivíduos com *Locus de Controlo Externo Defensivo* apresentavam valores mais altos na escala P e caracterizavam-se por apresentarem baixas expectativas de êxito na obtenção de objectivos, pelo que adoptam atitudes de externalidade como defesa contra sentimentos de falhanço pessoal. Os indivíduos com *Locus de Controlo Externo Congruente* tenderiam a obter valores mais altos na escala C e apresentavam uma crença genuína de que os reforços não são contingentes ao seu comportamento.

Em Portugal, a adaptação deste instrumento psicológico foi realizada por Relvas, Vaz Serra, Saraiva e Coelho em 1984. A amostra era constituída por 286 indivíduos, dos quais 188 estudantes universitários, não tendo observado diferenças significativas entre sexos. Para I os indivíduos do sexo masculino apresentaram uma média de 32.24 e um desvio padrão de 4.63, enquanto os do sexo feminino apresentaram uma média de 31.22 e um desvio padrão de 4.58. Pela mesma ordem, obteve-se para P o sexo masculino (média de 21.76, DP=5.55) e para o sexo feminino (média de 21.24; DP=5.15) e para C (média de 23.77, DP= 5.43) e (média de 23.38; DP=4.30).

## LOCUS DE CONTROLO DE SAÚDE

A partir dos anos 60 as investigações têm mostrado como o Locus de Controlo se encontra ligado à previsão de saúde. Considerando o construto Locus de Controlo *como expectativas generalizadas que as pessoas mantêm acerca dos acontecimentos como dependentes do seu próprio comportamento (Locus de Controlo Interno) ou como dependentes de factores externos como a sorte, o acaso, o destino ou o poder dos outros (Locus de Controlo Externo* (Barros *et al.*, 1988, 58); o controlo interno tem sido associado a variáveis relacionadas com o sistema de saúde e cuidados de saúde (Ribeiro, 1994).

A escala de avaliação do **Locus de Controlo de Saúde** foi construída por Ribeiro em 1994 a partir da recolha de vários itens de escalas de língua inglesa : *Health Locus of Control Scale* (Wallston, Wallston, Kaplan & Maides, 1976); *Multidimensional Health Locus of Control Scales* (Wallston, Wallston & DeVellis, 1978); *Health Specific Locus of Control* (Lau & Ware, 1981); tendo a escala final ficado constituída por 14 itens, dos quais oito pertencem ao primeiro factor e seis ao segundo.

Os dois factores apresentados pela escala de Locus de Controlo de Saúde são os que se seguem: Locus de Controlo (LC) (*a sorte desempenha um papel importante na quantidade de tempo que uma pessoa leva a recuperar de uma doença*) e Outros Poderosos (OP) (*manter contacto regular com o médico é a única maneira de evitar ficar doente*). A solução factorial encontrada explica 41.8% da variância total ( o primeiro factor explica 22,1% e o segundo 19,7% da variância total). A consistência interna para a escala total foi de  $\alpha = .69$ .

Este instrumento de avaliação psicológica é uma escala de tipo *Likert* de sete posições, o resultado do somatório dos itens varia entre 14 e 98. O valor mais baixo corresponde ao locus de controlo externo e o mais elevado ao locus de controlo interno.

Note-se que na investigação em curso optou-se por uma escala de tipo *Likert* de cinco posições. (1=não concordo, 2=concordo pouco, 3=concordo moderadamente, 4=concordo muito, 5=concordo muitíssimo), pelo que, os resultados da nota global oscilam entre 14 e 70, e os factores: *locus de controlo* (LC) entre 8 e 40 e *outros poderosos* (OP) entre 6 e 30.

A escala de Locus de Controlo de Saúde encontra-se relacionada com a percepção geral de saúde (predictora de saúde), mostrando que os indivíduos mais internos percebem melhor a saúde. A sub-escala OP estava relacionada com os domínios da *prevenção* e *protecção*, mostrando-se predictora destes.

### ESCALA DE FONTES DE SATISFAÇÃO COM A VIDA

Conhecer o porquê dos humanos perspectivarem a sua vida num sentido positivo ou negativo, que na sua componente emocional ou afectiva, quer na sua componente avaliativa ou cognitiva, tem suscitado o interesse dos investigadores que estudam, desde há muito, o bem-estar subjectivo.

Ao considerar a felicidade na sua vertente de satisfação com a vida (global e nos diferentes domínios) e a partir de uma reflexão sobre as áreas de satisfação dos humanos e do seu bem-estar (Brim, 1974; Campbell & Rodgers, 1976; Diener, 1984; Argyle, 1987; Greene & Simons-Morton, 1988;

Ryff, 1989; Simões, 1992; Davidhizar & Vance, 1994; Myers & Diener, 1995; Lu & Argyle, 1994; Hopton *et al.*, 1995; Ivancic *et al.*, 1997; Canavarro, 1997; Ferreira & Simões, 1999), surgiu a ideia de elaborar um instrumento que possibilitasse uma auto-avaliação da satisfação de alguns domínios considerados pertinentes para a construção do bem-estar e que ao mesmo tempo facilitasse uma compreensão, através de uma análise de prioridade ou de ordem, do valor que era atribuído a cada domínio, numa determinada etapa da vida.

A **Escala de Fontes de Satisfação de Vida (EFSV)**, remete-nos para as fontes de bem-estar subjectivo, foi construída por Faria em 1999 e pretende avaliar o bem-estar subjectivo do indivíduo a partir de três referenciais. Num primeiro momento a *satisfação com a vida* na sua globalidade (SV), pelo que é solicitado ao indivíduo que responda à questão ***Devido à sua maneira de ser habitual refira qual é o seu grau de satisfação coma vida ?*** posicionando-se numa escala de 0 (*completamente insatisfeito(a)*) a 4 (*completamente satisfeito(a)*).

Num segundo momento. a *satisfação particular* (SF) que cada indivíduo sente em relação a 11 domínios ou fontes de satisfação com a vida (F1 A F11), considerados determinantes para o bem-estar, constituindo-se como uma escala de tipo *Likert* de cinco posições cotadas de 0 (*completamente insatisfeito(a)*) a 4 (*completamente satisfeito(a)*), atingindo o mínimo de 0 e o máximo de 44. Por último, recolhe informação sobre a *prioridade* ou o *valor atribuído a cada fonte de satisfação* (P1 a P11). Através de uma ordenação de importância (1ª a 11ª) é detectada a prioridade que é dada a cada fonte.

Um dos objectivos deste estudo foi o de criar e realizar a construção da Escala de Fontes de Satisfação com a Vida (EFSV) , cujo desenvolvimento será apresentado no Capítulo 6 (Estudo 1).

### TESTE DE ORIENTAÇÃO DE VIDA –R

O *Life Orientation Test* (L.O.T.) de Scheier e Carver (1985) apresentava 8 itens de auto-avaliação de expectativas positivas e negativas dos acontecimentos (quatro na direcção positiva e quatro na direcção negativa), comum indicador de optimismo. Esta escala foi utilizada por vários estudiosos sobre o optimismo v.s. pessimismo (Beck, Steer, Kovacs & Garrison, 1985; Reker & Wong, 1983) e também foi alvo de críticas quanto à sua integridade. Daí que tenha sido posteriormente reformulada por Scheier, Carver e Bridges em 1994 surgindo o *Life Orientation Test–R* (L.O.T.– R). Nesta versão é apresentado com 10 itens (três são reversos), indicando o optimismo através de 6 itens, e mostra uma validade predictiva e discriminativa considerável.

O teste é apresentado com uma breve introdução estimulando o indivíduo a emitir a sua opinião sobre as afirmações apresentadas, a partir de uma escala de tipo *Likert*, em que cada item pode ser classificado em cinco categorias (discordo bastante, discordo, neutro, concordo, concordo bastante. O optimismo apresenta a nota mínima de 0 e máxima de 24.

A adaptação do LOT–R para a população portuguesa faz parte de um dos objectivos desta investigação, o processo é descrito no Capítulo 7 (Estudo 2).



## ESCALA DE ESPERANÇA ESTADO

A *Hope Scale* (1991) surge a partir de vários estudos sobre o optimismo desenvolvidos por Snyder *et al.* desde o início dos anos 90 e apresenta-se como uma medida de auto-avaliação de esperança disposicional (*dispositional hope*). Posteriormente, no sentido de avaliar a esperança estado (*state hope*) Snyder, Sympson, Ybasco, Borders e Higgins elaboraram a *State Hope Sale* (SHS) em 1996.

Na última versão é constituída por 6 itens e consiste numa escala de tipo *Likert*, em que cada item pode ser classificado em 8 categorias (1=*definitely false* a 8= *definitely true*). A nota mínima é de 8 e a máxima de 64. Na versão portuguesa optou-se por 5 categorias (1=discordo de maneira muito acentuada; 2=discordo de maneira acentuada; 3=discordo; 4=concordo; concordo de uma maneira acentuada; 5=concordo de uma maneira muito acentuada); passando neste caso a nota global mínima para 0 e a máxima para 30.

Os itens são apresentados com uma breve introdução estimulando o indivíduo a dois momentos: (1) realizar uma breve reflexão sobre si próprio(a) e o que está a acontecer na sua vida neste momento; (2) e depois, de ter definido o estado presente (no aqui e no agora) em que se encontra, passará à fase da resposta.

O processo de adaptação da SHS para a população portuguesa, realizado neste trabalho em curso, encontra-se descrito no Capítulo 8 (Estudo 3).

## ESCALA DE APOIO INSTRUMENTAL E EXPRESSIVO

Lin, Dean e Ensel criaram em 1981 *The Instrumental and Expressive Social Support Scale (I.E.S.S.S.)* que pretende avaliar o apoio instrumental e expressivo percebido pelo indivíduo, permitindo compreender o melhor o aqui e o agora da sua vida. Posteriormente, a escala foi reformulada por Ensel e Woelfel (1986) passando de 26 para 28 itens.

As questões são apresentadas com uma breve introdução estimulando o indivíduo a rever os últimos seis meses da sua vida e a identificar a frequência com que foi incomodado pelos problemas apresentados. Os itens fazem a cobertura de uma variedade de assuntos, incluindo os problemas financeiros, solicitações em função do tempo e esforço, presença ou falta de companhia adequada, comunicação, dependência, família e problemas familiares quotidianos. É uma escala de tipo *Likert*, em que cada item pode ser classificado em cinco categorias diferentes (muito ou a maior do tempo; ocasionalmente; algumas vezes; raramente; ou nunca); vai no sentido de que quanto maior for o escore obtido, maior é o apoio social instrumental e expressivo percebido pelo indivíduo. Apresenta uma nota mínima de 0 e máxima de 112. Através de uma rotação varimax os autores encontraram seis factores que explicam 62% da variância (*Demands; Money; Companionships; Marital; Conflict; Communication*). Os factores da estrutura que mostraram uma forte consistência interna ao longo do tempo e validade são os seguintes; factores instrumentais (excesso de responsabilidades/solicitações e falta de dinheiro); factor expressivo (insatisfação nas relações íntimas) e o *Strong-Tie*

*Support*, isto é o vínculo de apoio forte, que caso não exista, poderá ser um indicador de depressão.

A adaptação do IESS para a população portuguesa foi realizado na investigação em curso e o processo realizado encontra-se no Capítulo 9 (Estudo 4).

## QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL

A depressão é frequentemente descrita como uma energia negativa ou como estando relacionada com a ansiedade, medo e tensão. Numa perspectiva psicológica a depressão tem a ver com uma complexidade de emoções negativas e respectivas circunstâncias: angústia, ansiedade e preocupação; sintomas físicos mínimos tais como enxaquecas, insónia e exaustão; sentimentos de inadequação pessoal. Vários estudos tem defendido que uma vez que tais sentimentos são encontrados num número significativo de indivíduos, podemos falar de um factor geral de personalidade. Por exemplo Eysenck apresentou a dimensão neuroticismo e Goldberg o seu **General Health Questionnaire (G.H.Q.)**(1972). Este último, apresentou várias versões de 60, 30 e 12 itens, sendo a mais curta de fácil administração e indicadora dos efeitos da classe social, desemprego e outras variáveis de saúde mental.

O **General Health Questionnaire (v.12 itens)** de Goldberg (1972) consiste numa escala de tipo *Likert*, em que cada item pode ser classificado em cinco categorias (absolutamente verdadeiro; verdadeiro; indiferente; falso; absolutamente falso), apresentando uma nota mínima de 12 e a máxima de 60. Dos 12 itens que constituem o instrumento 6 são reversos. O questionário vai

no sentido de que quanto maior for a pontuação maior é a percepção de saúde geral.

Os itens são apresentados com uma breve introdução estimulando a recordar como se tem sentido nos últimos tempos relativamente aos seus acontecimentos de vida em geral.

O G.H.Q. (v.12 itens) foi adaptado para a população portuguesa no trabalho em curso e o processo encontra-se descrito no Capítulo 10 (Estudo 5).

#### 5.2.4. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Os dados foram estudados através do Systat 7.0 para Windows.

Determinámos frequências, médias, mínimos, máximos e desvios padrão para todas as variáveis, bem como o t de Student para observação de influências de género. Determinaram-se coeficientes de Correlação de Pearson com vista a um melhor entendimento dos resultados totais e a estabelecer entre variáveis no seu conjunto relações; bem como, os coeficientes de correlação Teste-Reteste, para observar a estabilidade temporal e consistência de resposta dos instrumentos utilizados.

Para a análise da consistência interna/fidelidade foi determinado para cada instrumento o Coeficiente de Spearman-Brown, Guttman, Alpha de Cronbach e correlações das metades (*Split-half correlation*).

Efectuámos Matrizes de correlação de Spearman para melhor conhecer cada teste em particular. O grau de probabilidade p foi considerado e representado do seguinte modo: significativo, para o valor de p menor que .05 (\*); bastante significativo, quando p menor que .01 (\*\*); muito significativo, para

p menor ou a .001(\*\*\*). Para compreender as relações entre as variáveis e respectivos factores, foram efectuadas análises factoriais seguidas de rotação varimax. No sentido de encontrar uma previsão das possíveis relações entre variáveis, foram realizadas várias análises de regressões *septwise*.

### 5.2.5. VALIDADE DE CONTEÚDO

O processo de adaptação de um instrumento de avaliação de personalidade que na sua origem se apresenta numa língua diferente, coloca-nos o problema da tradução pois, se não for realizada com as devidas precauções pode alterar o sentido original de cada frase.

Tendo como base a versão original de cada um dos instrumentos de avaliação psicológica utilizados nesta investigação:

- *Instrumental and Expressive Social Support Scale* (versão 28 itens) (Ensel & Woelfel, 1986);
- *Life Orientation Teste – R* (Scheier, Carver & Bridges, 1994);
- *State of Hope Scale* (Snyder, Simpson, Ybasco, Boeders, Baby & Higgins, 1996);
- *General Health Questionnaire* (versão 12 itens) (Goldeberg, 1978);

todos eles foram traduzidos para português pela autora e três colaboradores independentes, dois deles com formação na língua inglesa.

As versões obtidas foram posteriormente analisadas e colocadas em confronto. Alcançado o consenso para a versão portuguesa, os

instrumentos foram retraduzidos para a língua original (inglês) por um terceiro colaborador. As discordâncias foram analisadas e discutidas até ser encontrado um acordo.

Por último, foram submetidos ao parecer de um perito em língua portuguesa e apresentados a alguns membros da população alvo para uma reflexão falada, de forma a identificar se percebiam a expressão do modo que se pretendia.

Finalmente, obteve-se a versão dos instrumentos de avaliação psicológica em língua portuguesa, incluindo uma pequena introdução explicativa.

A Escala de Fontes de Satisfação de Vida (EFSV) construída na presente investigação em curso teve idêntico tratamento, que será descrito em pormenor no Capítulo 6 (Estudo 1).

## **CAPÍTULO 6**

### **ESTUDO EMPÍRICO PRELIMINAR: ESTUDOS PSICOMÉTRICOS DOS INSTRUMENTOS (ESTUDO 1)**

#### **6. ADAPTAÇÃO DE INSTRUMENTOS PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA (ESTUDO 2)**

##### **6.1. DESIGNAÇÃO**

Escala de Fontes de Satisfação com a Vida (E.F.S.V.) (Faria, 1999).

##### **6.2. INDICAÇÕES**

A EFSV avalia três dimensões de bem-estar subjectivo (satisfação com a vida em geral; satisfação com fontes de vida; valor/prioridade das fontes de satisfação com a vida) e tem sido aplicada a populações de adultos (Faria, 1999).

### 6.3. APRESENTAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

A partir de uma reflexão sobre o tema polémico que é o da felicidade, surgiu a ideia de criar um instrumento que fornecesse informações sobre o bem-estar subjectivo de cada indivíduo, de modo objectivo, simples e rápido. Compreendendo a felicidade numa perspectiva de satisfação com a vida (global e nos diferentes domínios), tentando identificar as possíveis forças geradoras e construtoras de bem-estar subjectivo e a prioridade de investimentos que são feitos por cada personalidade, ao longo da sua vida, deram origem à Escala de Fontes de Satisfação com a Vida (EFSV).

A EFSV avalia a percepção de bem-estar subjectivo em três momentos: *satisfação com a vida na sua globalidade (SV)*, *satisfação com as fontes de satisfação com a vida (SF)* e *prioridade ou valor atribuído a cada uma das onze fontes de satisfação com a vida* consideradas neste estudo (P1 a P11). Esta escala foi construída partindo do pressuposto de que o bem-estar subjectivo varia em função da percepção que uma personalidade apresenta relativamente à satisfação global com a vida, suas fontes e prioridade de investimento dada a estas.

Nesta escala procurámos colocar todas as fontes consideradas típicas da construção de bem-estar subjectivo. A sua selecção foi o produto final de quatro tipos de influência:

- a experiência colhida através da observação dos indivíduos da população normal;



- a experiência recolhida através de observação de indivíduos doentes com perturbações psicológicas;
- informação descrita na DSM-IV a respeito de factores psicológicos que afectam o estado físico;
- revisão da literatura (Brim, 1974; Campbell & Rodgers, 1976; Diener, 1984; Argyle, 1987; Greene & Simons-Morton, 1988; Ryff, 1989; Simões, 1992; Myers & Diener, 1995; Lu & Argyle, 1994, Davidhizar & Vance, 1994; Hopton *et al.*, 1995; Ivancic *et al.*, 1997; Canavarro, 1997;) e mais recentemente, informação recolhida através de um trabalho publicado por Ferreira e Simões (1999).

Para quê mais uma escala de bem-estar subjectivo ? Streiner e Norman (1989, *cit* Vaz Serra; 1994, 33) referem que há multiplas razões que justificam o aparecimento de um novo instrumento de medida psicométrica, que tente desenvolver um instrumento capaz de explicar um leque mais vasto de achados ou predizer com maior exactidão o comportamento de uma pessoa:

- *Quando surge algum conceito novo e não existem escalas para o medir.*
- *Quando procuramos substituir um instrumento antigo por um que seja menos extenso, mais barato ou menos invasivo.*
- *Quando nos encontramos insatisfeitos com os existentes e sentimos que omitiram algum aspecto chave do constructo.*

Para além destes aspectos, existe outra variável que igualmente influência a construção de uma escala: a cultura, isto é, *Esta molda, de uma forma directa e indirecta, as atitudes e as condutas “permitidas” perante os acontecimentos e liga-se à génese das emoções. (...) para criar uma escala adequada à nossa população, com sintomas que não estão usualmente presentes noutros instrumentos de medida, procurando eliminar as questões sensíveis a influências discriminadoras.* (Vaz Serra, 1994, 37).

A selecção e construção das fontes para incluir procuraram abranger uma constelação forças geradoras de satisfação com a vida, que isoladamente terão pouco valor representativo, mas que no seu conjunto podem ser reveladoras de um indicador de bem-estar subjectivo.

Foi criada e desenvolvida como uma escala de tipo *Likert* em que a satisfação com a vida global avaliada pela questão ***Devido à sua maneira de ser habitual refira qual é o seu grau de satisfação com a sua vida ?*** e cada uma das fontes em particular: **vida em família; casamento (namoro...); situação financeira; habitação; emprego; amizade; saúde; actividades de lazer; educação (formação); relações sociais; e projecto de vida**, podem ser classificadas em cinco categorias diferentes (0=completamente insatisfeito(a); 1=insatisfeito(a); 2=neutro; 3=satisfeito(a); 4=completamente satisfeito(a)). Vão no sentido de que quanto maior for o escore obtido, maior é a satisfação com a vida em geral e maior é a satisfação com as fontes de satisfação com a vida no seu todo; percebido pelo indivíduo. No que diz respeito à expressão da prioridade ou valor atribuído a cada fonte era solicitado que cada indivíduo colocasse por ***ordem de importância (1ª, 2ª, 3ª, até à 11ª)*** as onze fontes apresentadas.

Como já foi referido, podem ser retiradas três informações, pelo que a nota mínima para a SV é de 0 e a máxima de 4; a nota global mínima para FS é de 0 e a máxima é de 40, e relativamente à ordenação (P1 a P11) a mínima será de 11 e a máxima de 1; considerando ainda aqueles que não se saibam posicionar na ordenação com a nota de 0.

## **6.4. CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS REALIZADOS EM PORTUGAL**

### **6.4.1. DATA E OBJECTIVOS**

A construção da Escala de Fontes de Satisfação com a Vida teve início em 1996 e foi objecto de um estudo empírico que decorreu nos anos de 1997 e 1998.

O objectivo principal deste estudo foi apresentar o desenvolvimento de uma escala portuguesa de auto-avaliação de satisfação com a vida, a que se deu o nome de EFSV, como designação abreviada de seu nome completo (**E**scala de **F**ontes de **S**atisfação com a **V**ida).

### **6.4.2. POPULAÇÃO, AMOSTRA E METODOLOGIA**

O procedimento de construção é idêntico ao de adaptação de uma escala elo que o procedimento efectuado foi semelhante ao descrito no capítulo 5 de forma a respeitar a validade de conteúdo. Foram utilizadas duas amostras A1 (n=132) e A2 (n=790), já caracterizadas anteriormente. Na

primeira foi observada a estabilidade temporal do instrumento e na segunda foram realizados os estudos psicométricos.

### POPULAÇÃO E AMOSTRA

No Quadro 15 são apresentados os valores mínimos, máximos, média e desvio padrão das duas amostras A1 (no primeiro tempo T1 e passado mês e meio em T2) e amostra A2, em relação às fontes de satisfação com a vida e à satisfação com a vida em geral. Como se pode observar os valores obtidos são semelhantes, manifestando os indivíduos de cada amostra uma satisfação com as fontes e satisfação com a vida ligeiramente superior à média do valor possível de obter com este teste. A amostra A2 atinge o valor mais elevado em relação às fontes de satisfação com a vida com a média de 30.34.

QUADRO 15- CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRAS A1 E A2 (fontes de satisfação com a vida)			
	AMOSTRA A1 (T1) (N=132)	AMOSTRA A1 (T2) (n=132)	AMOSTRA A2 (n=790)
MINIMO	1	2	6
MÁXIMO	41	43	44
MÉDIA	29.50	29.92	30.34
DESVIO PADRÃO	6.64	6.41	5.38

No que diz respeito à satisfação com a vida de um modo global os indivíduos das amostra evidenciaram uma atitude neutra ou de uma ligeira satisfação (Quadro 16).

**QUADRO 16 – CARACTERÍSTICAS DAS AMOSTRAS A1 E A2**  
(satisfação com a vida)

AMOSTRA	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	N
A1(T1)	0	4	2.71	.57	132
A1(T2)	0	4	2.80	.54	132
A2	0	4	2.77	.64	790

Como se pode observar a partir do quadro que se segue, os indivíduos das amostras apresentaram níveis de satisfação com as fontes ligeiramente acima da média, verificando-se as médias mais altas de satisfação na vida em família, amizade e saúde e as mais baixas em relação à situação financeira e ao emprego (Quadro 17).

**QUADRO 17 – CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS AMOSTRAS A1 E A2**  
(para cada uma das fontes)

FONTE	AMOSTRA	MINIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	N
1	A1(T1)	1	4	3.21	.73	132
	A1(T2)	0	4	3.24	.73	132
	A2	0	4	3.18	.80	790
2	A1(T1)	0	4	2.61	1.27	132
	A1(T2)	0	4	2.56	1.20	132
	A2	0	4	2.88	1.12	790
3	A1(T1)	0	4	2.04	1.01	132
	A1(T2)	0	4	2.22	.85	132
	A2	0	4	2.16	.99	790
4	A1(T1)	1	4	2.82	.88	132
	A1(T2)	0	4	2.83	.85	132
	A2	0	4	2.74	1.01	790
5	A1(T1)	0	4	2.19	1.04	132
	A1(T2)	0	4	2.17	.99	132
	A2	0	4	2.47	1.07	790
6	A1(T1)	1	4	3.24	.75	132
	A1(T2)	1	4	3.18	.69	132
	A2	0	4	3.10	.77	790
7	A1(T1)	0	4	3.19	.82	132
	A1(T2)	1	4	3.12	.76	132
	A2	0	4	3.02	.86	790
8	A1(T1)	0	4	2.63	.88	132
	A1(T2)	0	4	2.64	.88	132
	A2	0	4	2.46	.95	790
9	A1(T1)	0	4	2.91	.73	132
	A1(T2)	1	4	2.96	.62	132
	A2	0	4	2.78	.76	790
10	A1(T1)	1	4	2.88	.69	132
	A1(T2)	1	4	2.83	.69	132
	A2	0	4	2.80	.76	790
11	A1(T1)	1	4	2.83	.66	132
	A1(T2)	1	4	2.85	.72	132
	A2	0	4	2.75	.78	790

Não foi possível recolher informações da ordenação das fontes na amostra A1 devido à dificuldade manifestada pelos participantes na sua realização; pelo que não foi possível estabelecer relações entre as duas amostras consideradas relativamente à ordem.

## **METODOLOGIA**

O presente trabalho tem como principal objectivo construir uma escala unidimensional indicadora da percepção que o indivíduo manifesta sobre as principais fontes de satisfação com a vida. O processo de construção de um instrumento de avaliação de uma dimensão da personalidade deve ser realizado com as devidas precauções para que se possa confiar que cada frase ou palavra realmente é compreendida pelo respondente. Tendo como base a investigação realizada no domínio da satisfação com a vida foram seleccionadas várias fontes de satisfação com a vida em geral, que foram debatidas num pequeno grupo. De seguida, procedeu-se à análise dos testemunhos concordantes ou que expressavam discordâncias que foram analisados e discutidos até ser encontrado um acordo. Por último, utilizando-se uma escala tipo *Likert* para a satisfação com a vida em geral e suas fontes e incluindo uma pequena introdução explicativa, introduziu-se ainda uma ordenação das fontes que era pedido ao sujeito que a efectua-se. Logo de seguida, o instrumento final foi apresentado a alguns membros da população alvo, solicitando-se a sua colaboração para uma reflexão falada, de forma a identificar se percebiam cada expressão do modo que se pretendia. Ultrapassadas algumas dificuldades obteve-se a escala definitiva – Escala de Fontes de Satisfação com a Vida (EFSV).

Oportunamente, foram determinadas médias, desvios padrão, máximos, mínimos e percentagens, para um melhor conhecimento das fontes de satisfação e ordem atribuída a estas pelos indivíduos da amostra A2.

Considerando que todos os itens de uma escala devem ser capazes de captar aspectos diversos do mesmo atributo e embora diferentes deverão constituir um conjunto coerente, o estudo da homogeneidade dos itens, (estudo relativo à satisfação com as fontes de vida), foi realizado do modo seguinte:

- Correlação teste/reteste como medida de estabilidade temporal, determinada por uma correlação de Pearson entre as notas globais em T1 e T2.
- Análise da consistência interna/fidelidade a partir da determinação do Coeficiente de Spearman-Brown, Guttman, Alpha de Cronbach e correlações das metades (Split-half correlation).
- Determinação do Coeficiente  $\alpha$  de Cronbach para o conjunto da escala após irem sendo extraídos, um a um, os vários itens.
- Determinação de correlações para o conjunto da escala após irem sendo extraídos, um a um, os vários itens.
- Determinação do t-student para a comprovação de que a escala não é sensível às diferenças de sexo.
- Determinação da Matriz de Correlação de Spearman.

As dimensões subjacentes da EFSV foram detectadas através da determinação de análise factorial de componentes principais, seguida de uma rotação ortogonal de tipo varimax, comum *eigenvalue*  $\geq 1$ .

## 6.4.3. DADOS PSICOMÉTRICOS

## ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS

A partir da média e da mediana encontradas, relativamente a cada uma das fontes em particular, podemos inferir a partir do Quadro 18 que para a amostra A2 a prioridade principal é dada à vida em família(1) e à saúde(7) , depois segue-se o casamento (namoro...)(2), enquanto que por outro lado, se investe menos nas actividades de lazer(8) e nas relações sociais(10).

QUADRO 18 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA A2 (para a ordem)					
FONTE	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MEDIANA
1	0	11	2.27	2.25	2
2	0	11	3.59	3.15	3
3	0	11	5.00	3.22	5
4	0	11	5.33	3.34	5.5
5	0	11	4.31	2.92	4
6	0	11	4.40	2.98	4
7	0	11	2.52	2.36	2
8	0	11	7.38	4.10	9
9	0	11	5.57	3.41	6
10	0	11	6.66	3.75	8
11	0	11	5.53	3.69	6

A partir do Quadro 19 podemos observar que a **primeira prioridade** vai para a saúde (7), isto é, 34.43% dos indivíduos colocaram-na em primeiro lugar. A **segunda fonte** mais importante na ordem, refira-se que muito próxima da anterior, foi para a vida em família(1) com uma percentagem de 31.65%. A **terceira posição** coube ao casamento (namoro...)(2) com uma percentagem de 20.13%.

Em **quarto lugar** ficou o emprego (5), que curiosamente atinge uma percentagem idêntica também para quinto lugar, com 14.17%. O que quer dizer



os indivíduos da amostra colocaram-no em duas posições na ordenação. A preferência seguinte foi dada à amizade (6), com a percentagem de 12.15% para o **quinto lugar**. Seguem-se os **sexto e sétimo lugares**, que foram atribuídos à situação financeira (3) e a habitação (4) , respectivamente, com 12.03% e 11.77%.

QUADRO 19 – ORDENAÇÃO CRESCENTE DAS FONTES DE SATISFAÇÃO COM A VIDA  
(frequência)  
N=790

Fonte	Ordem											
	0	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª
1	112	250	198	91	41	21	20	20	6	13	12	6
2	120	88	159	126	73	46	35	27	21	20	31	43
3	119	17	49	75	76	95	92	76	60	54	41	34
4	121	22	29	51	78	93	90	80	69	53	59	44
5	116	28	65	112	113	112	77	50	35	31	23	26
6	120	45	57	94	96	84	82	82	56	37	24	13
7	113	272	91	97	79	31	40	27	22	5	8	4
8	126	11	24	28	17	18	23	30	60	87	112	254
9	122	14	58	46	51	42	76	72	113	121	58	17
10	124	6	25	36	38	20	39	71	86	111	149	85
11	122	56	46	43	39	58	43	78	88	79	88	49

Ao projecto de vida (11) foi dada a **oitava posição** na ordem considerada, com uma percentagem de preferência de 11.14%; curiosamente o mesmo valor é encontrado para esta fonte na décima posição. Mais uma vez, os indivíduos da amostra apresentam duas preferências para uma mesma fonte.

Em **nona e décima posição** foram colocadas a educação(formação)(9) e as relações sociais (10), com 15.32% e 18.86%, respectivamente.

Destaque para o **décimo primeiro lugar**, onde encontramos as actividades de lazer (8) com uma percentagem bem marcada de 32.15%; o que

quer dizer que os indivíduos que escolheram esta ordenação, que por sinal é a última, parecem fazê-lo de uma forma esclarecida e pronta.

O Q indica indivíduos que diante de uma ordenação não se conseguem definir ou apresentam dificuldades em se posicionar a partir de uma escolha ordinal da importância das fontes nas suas vidas.

**QUADRO 20 – ORDENAÇÃO DAS FONTES DE SATISFAÇÃO COM A VIDA PARA A2**

ORDEM	FONTE	OBSERVAÇÃO
1 <sup>a</sup>	Saúde	Note-se que os valores apresentados para os dois primeiros lugares são muito próximos.
2 <sup>a</sup>	Vida em família	
3 <sup>a</sup>	Casamento (namoro...)	
4 <sup>a</sup>	Emprego	A posição 6 e 7 são quase semelhantes.
5 <sup>a</sup>	Situação financeira	
6 <sup>a</sup>	Amizade	
7 <sup>a</sup>	Habitação	
8 <sup>a</sup>	Projecto de vida	Saliente-se que os valores apresentados para o 8 <sup>o</sup> , 9 <sup>o</sup> e 10 <sup>o</sup> lugares apresentam pontuações muito próximas.
9 <sup>a</sup>	Educação(formação)	
10 <sup>a</sup>	Relações sociais	
11 <sup>a</sup>	Actividades de lazer	

Através do Quadro 20 podemos observar uma possível organização dos resultados; é fornecido o posicionamento e é dado uma aproximação do tipo de investimento/importância atribuída às fontes. Refira-se que a escolha efectuada pelos indivíduos da amostra A2 é a realizada no aqui e no agora, daquele momento das suas vidas.

O Quadro 21 mostra-nos que os indivíduos se diferenciam em relação às prioridades dadas às fontes de satisfação com a vida em função do sexo. Embora de acordo com a prioridade da saúde e com as duas últimas posições para relações sociais e actividades de lazer, homens e mulheres parecem

ser diferentes nas suas preferências quanto ao tipo de satisfação que retiram da vida.

**QUADRO 21 – ORDENAÇÃO DAS FONTES DE SATISFAÇÃO (%) POR SEXO**

SEXO	PRIORIDADE DA FONTE											1ª POSIÇÃO	%
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª		
HOMENS (39.24%)	7-2	1	6	5	5	3	4	9	11	10	8	Saúde	12.91%
												Casamento(namoro)	6.71%
MULHERES (60.76%)	7-1	2	2	5-6	5	3-4	6	11	9	10	8	Saúde	21.52%
												Vida em família	21.27%

Uma observação das fontes em função do grupo leva-nos a constatar que os indivíduos mais jovens, os grupos I, II e III, escolhem preferencialmente a saúde em primeiro lugar. Os grupos IV e V dão prioridade principal à vida em família. No que diz respeito ao casamento(namoro...) é colocado em quarto lugar no grupo I, terceiro no III; enquanto os outros atribuem-lhe um segunda posição. Refira-se que as actividades de lazer (grupos I,II,III,IV) e projecto de vida (V) foram considerados as menos prioritárias. Ao continuar a observação verificamos que os grupos se diferenciam na escolha da prioridade das fontes de satisfação com a vida, consoante a idade (Quadro 22).

**QUADRO 22 – ORDENAÇÃO DAS FONTES DE SATISFAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO**

GRUPO ETÁRIO	PRIORIDADE DA FONTE											1ª POSIÇÃO	%
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª		
I	7-1	1	6	2	3-5	4	11	9	10	11	8	SAÚDE	3.93%
II	7-1	1	2	5-6	3	4	4-9	9	11	10	8	SAÚDE	13.64%
III	7-1	1-2	2	5	4	3	6	11	9	10	8	SAÚDE	11.52%
IV	1-7	2	7-3	6	5	4	3	9	11	10	8	VIDA EM FAMÍLIA	9.87%
V	1	2-3	7-4-5	5	6	6	9	11	8	10	11	VIDA EM FAMÍLIA	2.03%

NOTA: I (10.51%), II (36.96%), III (32.79%), IV (13.54%) e V(6.20%)

## ANÁLISE DOS ITENS

A partir do Quadro 23 podemos observar as correlações obtidas entre cada item e a nota global, quando esta contém o próprio item e quando este é excluído; verificando-se que estas variam entre .46 e .64, no primeiro caso e .28 e .54, no segundo.

Considera-se que quando a nota global contém o próprio item a correlação é inflacionada, logo as correlações mais relevantes são as que se referem à correlação do item com a nota global quando esta não contém esse item específico (Vaz Serra, 1994)

O valor mais baixo encontrado para a correlação quando esta não contém o item (índice de fiabilidade mais fidedigno, já que a nota não é inflacionada) é de .28 para o item 2 (casamento(namoro...)). O valor mais elevado para a correlação quando esta não contém o item é de .54 e foi encontrado na questão 10 (relações sociais); esta última, é pois a fonte que mais aumenta em intensidade quando sobe a satisfação com a fontes de vida avaliada pela escala em estudo. ).

Por conseguinte, é de salientar que todos os itens apresentam correlações positivas e significativas, na sua maioria altamente significativas ( $p < .000$ ) com o total da escala. Como se pode comprovar, à excepção do item 2 (casamento (namoro...)) todos os outros apresentaram valores elevados, resultado que é abonatório da homogeneidade dos itens incluídos.

A razão pela qual o item 2 foi mantido é devido ao facto de se correlacionar acima de **.20 com a nota global**, quando esta não contém o item, e segundo os autores, aceita-se como norma que são bons todos os itens

nessas condições (Streiner & Norman, 1989, cit. Vaz serra, 1994, 69; Nunnally, 1978; cit. Canavarro, 1999, 101).

QUADRO 23 – ESTUDO DOS ITENS				
Item	Média	R item-total	R item-total (s/ item)	$\alpha$
1	3.18	.55***	.44***	.74
2	2.88	.46***	.28***	.76
3	2.16	.56***	.42***	.74
4	2.74	.53***	.38***	.44
5	2.47	.53***	.36***	.75
6	3.10	.55***	.44***	.74
7	3.02	.50***	.37***	.74
8	2.46	.53***	.39***	.74
9	2.78	.58***	.47***	.73
10	2.80	.64***	.54***	.73
11	2.75	.63***	.53***	.73

Nota: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$  e \*\*\*  $p < .001$

Através do Quadro 23 podemos conhecer os valores do alpha de Cronbach para todas as questões, quando são excluídas. Verifica-se que à excepção do item 2 todos os  $\alpha$  descem, o que significa que na sua maioria melhoram a homogeneidade da escala quando estão presentes.

De acordo com Stevens (1996, cit. Canavarro, 1999) considera-se que os valores de  $\alpha$ , que mede a variância devida á heterogeneidade, deve situar-se entre .7 e .8., no caso da EFSV, os valores de  $\alpha$  (quer dos diversos itens da escala, quer do valor global) encontram-se dentro do intervalo; o que constitui mais um dado abonatório da homogeneidade dos itens incluídos.

Através da amostra A1 avaliámos a estabilidade temporal da escala e verificámos que as correlações de Pearson entre os valores obtidos da escala nas duas passagens, nos tempos T1 e T2, foi de .77 para a satisfação com a vida e de .58 para as fontes de satisfação com a vida; o que

quer dizer que se atingiu em ambas um nível de  $p < .000^{***}$ , o que indica uma correlação altamente significativa, reveladora de uma estabilidade do instrumento (Simões, 1994). A EFSV parece mais avaliar um traço de personalidade do que um estado.

No que diz respeito à satisfação com a vida e suas fontes percebidas em função da variável sexo, verificámos que na amostra A2(N=790) para a *satisfação com a vida*, o grupo dos Homens (N=310, média=2.797  $\sigma$ =.674) e o grupo das Mulheres (N=480, média=2.748,  $\sigma$ =.617) revelaram-se equivalentes na sua distribuição ( $t=1.028$ ,  $gl=617.8$ ,  $p=.304$ ). Para as *fontes de satisfação com a vida* o grupo dos Homens (N=310, média=30.216,  $\sigma$ =5.634) e o grupo das Mulheres (N=480, média=30.204,  $\sigma$ =5.164) revelaram-se equivalentes na sua distribuição ( $t=.030$ ,  $gl=617.9$ ,  $p=.976$ ).

### ESTUDOS NO ÂMBITO DA PRECISÃO

No estudo da consistência interna os resultados obtidos mostraram um coeficiente alpha de Cronbach no valor de .76 para o total da EFSV.

QUADRO 24- CONSISTÊNCIA INTERNA

Coeficiente de Cronbach	.76
Coeficiente de Spearman-Brown	.71
Correlação <i>Split-half</i>	.55
Coeficiente de Guttman (Rullon)	.70

Através do Quadro 24 verificamos que no seu conjunto os valores da consistência interna obtidos são bastante satisfatórios, abonatórios de uma boa consistência interna do instrumento de avaliação da satisfação com as fontes.

A média dos itens “Par” é diferente das questões “Ímpar”, contudo era de esperar uma distribuição diferente da frequência dos itens, por um lado, porque as questões ímpar são em maior número, por outro, por se procurar que estes avaliem aspectos diferentes de um mesmo atributo (Quadro 25).

QUADRO 25 – ITENS			
Par		Ímpar	
Média	DP	Média	DP
13.80	2.76	16.53	3.35

## ESTUDOS RELATIVOS À VALIDADE

No Quadro 26 podemos observar os resultados da Matriz de correlações de Spearman obtidas para todas as questões da escala de satisfação com as fontes.

Podemos constatar que os itens estão correlacionados entre si de modo positivo, apresentando valores altamente significativos entre os itens 6 e 10, 9 e 10, 10 e 11. Enquanto que há itens que não se correlacionam entre si,

como é o caso das questões 2 e 8, 2 e 9. Poder-se-á dizer que embora diferentes constituem um conjunto homogêneo e de certa forma discriminativo das dimensões.

QUADRO 26 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES

2	.38									
3	.17	.18								
4	.32	.15	.33							
5	.19	.15	.32	.25						
6	.31	.14	.15	.18	.16					
7	.25	.11	.15	.24	.18	.35				
8	.15	.09	.28	.17	.14	.29	.25			
9	.26	.11	.25	.25	.24	.32	.32	.31		
10	.29	.22	.22	.22	.21	.49	.35	.39	.41	
11	.27	.29	.26	.26	.29	.28	.25	.31	.44	.42
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

No sentido de conhecer as dimensões subjacentes, a validade de constructo foi determinada através de análise factorial de componentes principais, seguida de uma rotação ortogonal de tipo varimax; obtivemos três factores explicando cada um deles 22.22%, 16.10% e 13.55%, o que dá um total, 51.86%, da variância explicada. Se atendermos ao significado de cada um dos factores, sugerem apontar para três dimensões: Bem-estar Pessoal e Social; Bem-Estar Instrumental; e Bem-Estar Familiar. Os quadros que se seguem mostram a constituição dos diferentes factores.



## QUADRO 27 – FACTOR 1: BEM-ESTAR PESSOAL E SOCIAL

( 22.22 % do total da variância explicada)			
Item	Descrição	Dimensão	Loading
		Bem-Estar Pessoal e Social	
6	AMIZADE		.74
10	RELAÇÕES SOCIAIS		.74
7	SAÚDE		.60
8	ACTIVIDADES DE LAZER		.60
9	EDUCAÇÃO (FORMAÇÃO)		.60
11	PROJECTO DE VIDA		.42

O **FACTOR 1** é o mais importante remete-nos para o domínio da sociabilidade, das interações sociais, das relações positivas com o Eu e com os Outro(s), fundamentais para uma existência humana com saúde (Quadro 27).

A capacidade de desenvolver emoções e sentimentos positivos como a amizade, são importantes para o desenvolvimento e auto-actualização de qualquer personalidade em devir; até porque, podem constituir um suporte afectivo e social que estará relacionado com o desenvolvimento das aptidões de uma pessoa e com a construção de saúde.

A possibilidade de ocupar um tempo livre de forma produtiva circunscreve-se ao desenvolvimento pessoal e social ao mesmo tempo que contribui para uma vida com saúde, podendo ser esbatedor de *stress*.

Salienta-se ainda a necessidade dos humanos desenvolverem as suas próprias potencialidades, participarem activamente no seu processo de auto-actualização, de formação pessoal e social, apostarem na conquista da sua autonomia e aperfeiçoamento individual, permitindo a concretização de um projecto de vida.

QUADRO 28 – FACTOR 2: BEM-ESTAR INSTRUMENTAL

(16.09 % do total da variância explicada)			
Item	Descrição	Dimensão	Loading
		Bem-Estar Instrumental	
3	SITUAÇÃO FINANCEIRA		.75
4	HABITAÇÃO		.64
5	EMPREGO		.68

O **FACTOR 2** é o segundo mais importante e transporta-nos para o domínio do bem-estar instrumental, uma vez que faz referência a bens materiais para a satisfação de necessidades básicas e sobrevivência dos humanos. A importância de ter um emprego ou desempenhar uma profissão, para além da realização profissional, é essencial para a concretização do bem-estar instrumental (Quadro 28).

QUADRO 29– FACTOR 3: BEM-ESTAR FAMILIAR

(13.55 % do total da variância explicada)			
Item	Descrição	Dimensão	Loading
		Bem-Estar Familiar	
1	VIDA EM FAMÍLIA		.71
2	CASAMENTO (NAMORO...)		.85

O **FACTOR 3** salienta a importância da esfera familiar na vida dos humanos como fonte de satisfação da sua existência feliz. Salienta-se a construção da família (namoro, casamento, ...) e a própria vivência em família como fontes de satisfação da existência humana (Quadro 29). A necessidade de alguém íntimo com quem se partilhe a vida e se estabeleça um compromisso de várias vertentes (afectivo, sexual, reprodução, generatividade, social,

económico, social, ...) surge como relevante para a satisfação com a vida. Por outro lado, a vivência familiar ao longo da vida dos indivíduos parece ser importante para a satisfação das necessidades físicas, afectivas, sociais, de segurança e bem-estar dos indivíduos .

#### **6.4.4. CONTEXTOS, TEMPO DE APLICAÇÃO, PROCEDIMENTOS DE COTAÇÃO**

A EFSV pode ser administrada individualmente ou em grupo. Não existe limite de tempo para finalizar o preenchimento da escala, levando uma média de 10 minutos a preencher, dependendo do nível de escolaridade dos indivíduos. Cada item é cotado numa escala de 0 a 4 pontos. A pontuação total varia entre 0 a 44.

Relativamente às duas outras informações complementares da EFSV, a *satisfação total com a vida* varia entre 0 e 4 pontos; e no que diz respeito à *ordenação das fontes* varia entre 0 e 11 pontos, considerando que 0 é para as pessoas que não se saibam posicionar, e a ordem considerada é a crescente de prioridades que vai da 1ª à 11ª.

#### **6.5. PARÂMETROS POSSÍVEIS DE INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS**

A interpretação dos resultados deve ir no sentido de que quanto maior é a pontuação, maior é a satisfação com as fontes e maior é a satisfação com a vida percebida pelo indivíduo. Relativamente à ordem de importância das fontes considerada pela pessoa a 1ª é a mais importante e a 11ª a menos relevante na sua existência.

Considerando o total variância encontrada (51.86%) verificamos que é superior a 40% o que reflecte uma estrutura de factor do impacto substancial de escalas de auto-resposta (Gorsuch, 1983, *cit.* Snyder *et al.*, 1996, 324) e os três factores observados cada um deles é francamente superior a 5%. Estes dados permitem-nos afirmar que estamos diante de uma escala que realmente recolhe informações sobre a satisfação que os indivíduos apresentam sobre as fontes de satisfação com a vida, em que três factores se destacam : **FACTOR 1** (Bem-Estar Pessoal e Social), **FACTOR 2** (Bem-Estar Instrumental), **FACTOR 3** (Bem-Estar Familiar).

## 6.6. ANÁLISE CRÍTICA

A EFSV apresenta características psicométricas bastante significativas e a sua administração é fácil e rápida. Saliente-se ainda que é constituída por três indicadores de satisfação que cobrem uma vasta área do bem-estar subjectivo permitindo conhecer de forma objectiva a *satisfação com as fontes* e a *satisfação global com a vida*, que cada indivíduo percepçiona, bem como, a *ordem de prioridades* que atribui às fontes.

Através da ordem dada às fontes podemos constatar a prioridade dada a estas pelo indivíduo ou por grupos em função do sexo e grupo etário. Saliente-se no entanto, que não se revelaram diferenças estatisticamente significativas através do t-student para as variáveis independentes deste estudo. Em todo o caso seria interessante aprofundar este tema.

Uma vantagem deste instrumento é a de se basear num modelo teórico que considera o bem-estar subjectivo como um construto

multidimensional e positivo, pelo que poderá ser utilizado no sentido de construção de saúde, quer no de prevenir a doença quer no de promover a saúde.

Durante a passagem do instrumento dever-se-á explicar bem o que quer dizer *colocar por ordem de importância*, já que se denota uma certa dificuldade nesta tarefa por parte dos respondentes.

Relativamente à consistência interna, podemos referir que esta escala poderá ser utilizada em contextos de investigação já que apresenta um alpha de Cronbach de .76 (Nunnally, 1987; Kline, *cit.* Simões, 1994).

A construção da EFSV constitui um contributo importante para o encontro de instrumentos psicológicos capazes de medir bem-estar subjectivo, nomeadamente, a satisfação com a vida global e os vectores determinantes dessa satisfação. Destaque particular para o facto de ser uma escala de origem portuguesa, o que constitui uma contribuição enriquecedora da Psicologia da Saúde em Portugal.

O estudo desta escala com outros instrumentos que avaliem outras dimensões da personalidade ou que vão no mesmo sentido da EFSV, será efectuado no Capítulo 11, que tem como objectivo os estudos de validade concorrente e predictiva.

## **CAPÍTULO 7**

### **ESTUDO EMPÍRICO PRELIMINAR: ESTUDOS PSICOMÉTRICOS DOS INSTRUMENTOS (ESTUDO 2)**

## **7. ADAPTAÇÃO DE INSTRUMENTOS PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA (ESTUDO 2)**

### **7.1. DESIGNAÇÃO**

*Life Orientation Test –R (L.O.T.-R.)* (Scheier, Carver & Bridges, 1994).

### **7.2. INDICAÇÕES**

O L.O.T.–R. avalia o optimismo disposicional e tem sido aplicado a populações de adultos.

### **7.3. APRESENTAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO**

O curso da vida dos humanos encontra-se ligado a uma conjuntura bio-psico-sócio-cultural, onde os factores pessoais, físicos, educacionais, sócio-culturais, históricos, ecológicos, tecnológicos e

espaço/temporais desempenham um papel preponderante na condução das vivências de cada personalidade em devir.

No seu quotidiano, os indivíduos são confrontados com inúmeras situações problema que os obrigam a tomadas de posição crítica e à realização de opções mais ou menos consientes ou apoiadas efectuadas em função das suas aptidões, gostos e desejos, que vão determinar o rumo das suas vidas e a construção do seu bem-estar.

Em Psicologia, o estudo do poder positivo para promover e manter o bem-estar tem ocupado o tempo de muitos investigadores, destacando-se: a obra de Peale (1956) *The power of positive thinking*; a de Seligman (1991) *Learned optimism*; o teste de Carver e Scheier (1985) o *Life Orientation Test* (LOT) e sua posterior reavaliação por Scheier, Carver e Bridges (1994) surgindo o LOT-R.

No domínio da saúde, os indivíduos que têm uma visão favorável da vida estão em vantagem em relação aqueles que estão à espera de acontecimentos negativos, já que são capazes de fazer face ao *stress* e à doença, de realizar esforços para evitar os problemas, enquanto que os outros não. Os estudos têm mostrado a influência positiva do optimismo disposicional nos processos adaptativos suscitados pela doença (Sultan & Bureau, 1999).

O optimismo tem sido definido como uma inclinação para esperar de modo favorável acontecimentos de vida positivos relacionados com o bem-estar psicológico, social e físico. Devido a esta relação optimismo-bem-estar os estudos neste domínio proliferaram a partir da década de 80, enquadrados no modelo comportamental da Auto-Regulação, muitos foram os que utilizaram uma medida unidimensional de *optimismo disposicional* isto é, o LOT (Scheier

& Carver, 1985). Este instrumento apresentava 8 itens, quatro no sentido positivo e quatro num negativo; a nota mínima era de 0 e a máxima de 32, sendo o  $\alpha=.82$ .

Ao utilizarem o LOT, Scheier e Carver (1985) preferiram considerar que o seu instrumento era uma medida unidimensional, sugerindo dois factores que provavelmente reflectiriam as diferenças entre os itens e não no seu conteúdo.

Marshall, Wortman, Kusulas e Vickers (1992) foram os primeiros a mostrarem a existência de dois factores no LOT, apresentando o optimismo e o pessimismo como construtos distintos que se correlacionam de forma diferente com outros instrumentos. De acordo com os autores, o optimismo reflecte antecipação de acontecimentos positivos e deverá estar associado predominantemente com a extroversão e estados emocionais positivos. Por outro lado, o pessimismo pode ser visto como a disposição para esperar acontecimentos negativos, pelo que constitui um prenuncio de neuroticismo ou de estados emocionais negativos (afectividade negativa).

Numa investigação realizada com indivíduos de meia idade e longevos revelaram através de uma análise factorial que o LOT apresenta igualmente os dois factores separados; e ainda, que são indicadores de experiência de *stress* e não *stress*, revelando-se o pessimismo como um prospectivo predictor de saúde psicológica e física, após um ano passado (Robbinson-Whelen, Kim, MacCallum & Kiecolt-Glaser, 1997). Pelo facto de terem optado pelo estudo separado dos dois construtos, os autores puderam observar os efeitos do optimismo como um resultado de um pensamento optimista ou de evitar um pensamento pessimista, ou a combinação dos dois.



Esta dinâmica cognitiva pode constituir um contributo pertinente para uma melhor compreensão dos indivíduos na prática psicológica.

No seguimento das críticas ao LOT Scheier, Carver e Bridges, (1994) realizaram uma nova versão do instrumento, ficando este constituído por 10 itens, dos quais **6 itens são indicadores de optimismo** (itens 1,3,4,7,9 e 10), três vão numa direcção positiva e três numa negativa. Os itens 3,7 e 9 são reversos e quatro itens (2,5,6, e 8) não são cotados. Trata-se de uma escala de tipo *Likert* em que os indivíduos são convidados a manifestar a extensão do acordo com as questões a partir de 5 posições (0=discordo bastante; 1= discordo; 2= neutro, 3= concordo e 4= concordo bastante). A nota mínima é de 0 e a máxima de 24. Uma análise da consistência interna mostrou  $\alpha$  de Cronbach de .78. A análise factorial efectuada revelou um só factor que explicava 48.1% do total da variância.

Num estudo de adaptação do LOT-R para a população francesa, Sultan e Bureau (1999) encontraram dois factores: o “optimismo” composto pelos itens 1,4 e 10 com ( $\alpha = .66$ ) e o “pessimismo” constituído pelos itens 3,7 e 9 com ( $\alpha = .61$ ), parecendo as dimensões independentes. Para o conjunto dos 6 itens encontrou-se um ( $\alpha = .70$ ); pelo que consideraram a partir deste momento a possibilidade de recolha de três informações: escore de “optimismo”; escore de “pessimismo” e escore global. Contudo, uma análise factorial salientou que os dois factores explicam 60% da variância, enquanto que um único factor explica 40%. Os autores destacam que os dados normativos são diferentes em França ( $N= 345$ ;  $m=11.53$ ;  $\sigma =2.67$ ) em comparação com os dados obtidos nos Estados Unidos ( $N=2055$ ;  $m=14.33$ ;  $\sigma= 4.28$ ), embora a população das amostras seja idêntica.

## **7.4. CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS REALIZADOS EM PORTUGAL**

### **7.4.1. DATA E OBJECTIVOS**

A versão portuguesa do *Life Orientation Test-R* (LOT-R) foi objecto de um estudo que decorreu nos anos de 1997 e 1998.

O objectivo principal deste estudo foi a adaptação para a população portuguesa do LOT-R.

### **7.4.2. POPULAÇÃO, AMOSTRA E METODOLOGIA**

O procedimento de adaptação foi realizado de acordo com o descrito no capítulo 5 de forma a respeitar a validade de conteúdo. Foram utilizadas duas amostras A1 (n=132) e A2 (n=790), já caracterizadas anteriormente. Na primeira foi observada a estabilidade temporal do instrumento e na segunda foram realizados os estudos psicométricos.

No Quadro 30 são apresentados os valores mínimos, máximos, média e desvio padrão das duas amostras A1 (no primeiro tempo T1 e passado mês e meio em T2) e amostra A2, em relação ao optimismo. Como se pode observar os valores obtidos são semelhantes, manifestando os indivíduos de cada amostra um optimismo ligeiramente superior à média do valor possível de obter com este teste.

**QUADRO 30 – CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRAS A1 E A2  
(OPTIMISMO)**

	AMOSTRA A1 (T1) (N=132)	AMOSTRA A1 (T2) (n=132)	AMOSTRA A2 (n=790)
MINIMO	3	2	2
MÁXIMO	24	23	24
MÉDIA	13.81	13.61	14.55
DESVIO PADRÃO	4.68	4.90	3.82

De acordo com Streiner e Norman (1989, *cit.* Vaz Serra, 1994) *todos os itens devem ser capazes de captar aspectos diversos do mesmo atributo e não partes distintas de diferentes traços, embora diferentes deverão constituir um conjunto homogêneo* (53). Por conseguinte, o estudo da homogeneidade dos itens foi realizado da seguinte forma:

- Correlação teste/reteste como medida de estabilidade temporal, determinada por uma correlação de Pearson entre as notas globais em T1 e T2.
- Análise da consistência interna/fidelidade a partir da determinação do Coeficiente de Spearman-Brown, Guttman, Alpha de cronbach e correlações das metades (Split-half correlation).
- Determinação do Coeficiente  $\alpha$  de Cronbach para o conjunto da escala após irem sendo extraídos , um a um , os vários itens.
- Determinação de correlações para o conjunto da escala após irem sendo extraídos, um a um, os vários itens.

- Determinação do t-student para a comprovação de que a escala não é sensível às diferenças de sexo.
- Determinação da Matriz de correlação de Spearman.

As dimensões subjacentes do LOT-R na adaptação portuguesa foram detectadas através da determinação de análise factorial de componentes principais, seguida de uma rotação ortogonal de tipo varimax, com um  $\text{eigenvalue} \geq 1$ . A partir das 6 questões iniciais utilizamos diversos critérios que nos levaram à exclusão de 1 questão, ficando o indicador de optimismo da versão portuguesa com 5 itens.

#### 7.4.3. DADOS PSICOMÉTRICOS

##### ANÁLISE DOS ITENS

No processo de selecção dos itens para a construção da escala final, os critérios utilizados foram os que se seguem:

- A questão 3 (*Se alguma coisa de errado tiver de acontecer comigo, acontecerá de certeza.*) indicadora de um certo fatalismo, pela análise do  $\alpha$  de Cronbach verificou-se que este subiria se fosse retirada (mostrando que prejudicava a homogeneidade do indicador de optimismo).
- O item 3 apresentava um  $\alpha$  de Cronbach superior ao do teste e correlacionava-se abaixo de **.20 com a nota global** ( $r = .17$ ), quando esta não contém o item. Conforme Streiner e Norman (1989, *cit.* Vaz

Serra, 1994, 69) e Nunnally (1978, *cit.* Canavarro, 1999, 101) as correlações devem ser superiores a .20, logo a questão 3 não é um bom item.

Em conformidade com as informações recolhidas, os dados que se apresentam em seguida dizem respeito ao indicador de optimismo apenas com 5 itens.

O Quadro 31 mostra-nos as correlações obtidas entre cada questão e a nota global quando esta contém o próprio item ou este é excluído.. Por conseguinte, quando a nota global contém o próprio item a correlação é inflacionada, logo, as correlações mais relevantes são aquelas que dizem respeito à correlação do item com a nota global quando esta não contém esse item específico (Vaz Serra, 1994).

QUADRO 31 – ESTUDO DOS ITENS				
Item	Média	R item-total	R item-total (s/ item)	$\alpha$
1	2.45	.68***	.44***	.67
4	2.51	.69***	.47***	.65
7	2.32	.67***	.46***	.66
9	2.28	.69***	.48***	.65
10	2.89	.66***	.46***	.66

NOTA: \* p <.5; \*\*p <.01, e \*\*\*p <.001

Ao observarmos as correlações obtidas entre cada item e a nota global da escala, quando esta contém o próprio item e quando este é excluído, verificamos que estas variam entre .66 e .69, no primeiro caso, .44 e .47, no último. Destaque-se que todos os itens apresentaram correlações positivas e

altamente significativas ( $p < .000$ ) com o total da escala, resultado que é abonatório da homogeneidade dos itens incluídos.

O valor mais baixo encontrado para a correlação quando esta não contém o item (índice de fiabilidade mais fidedigno, já que a nota não é inflacionada) é de .44 para o item 1 (Em situações difíceis espero sempre o melhor.) O valor mais elevado encontrado para a correlação quando esta não contém o item é de .48 e foi observado na questão 9 (Raramente espero que as coisas boas me aconteçam.), trata-se da questão que mais aumenta em intensidade quando sobe o optimismo disposicional avaliado pelo instrumento em estudo.

Os valores de  $\alpha$  que avalia a variância devido á heterogeneidade, devem situar-se entre .7 e .8. (Stevens, 1996, *cit* Canavarro, 1999). No caso do LOT-R, os valores de  $\alpha$  dos diversos itens do questionário aproximam-se de .7 e o  $\alpha$  do valor global do questionário iguala o .7.

Através do Quadro também podemos observar os valores do  $\alpha$  de Cronbach para todas as questões da escala quando o item assinalado é excluído. Verifica-se que na maioria das questões, quando são excluídas, o  $\alpha$  desce, o que significa que melhoram a homogeneidade da escala quando estão presentes. Por outro lado, não há nenhuma que revele, que depois de retirada, o  $\alpha$  suba, tais informações são mais um dado abonatório da boa homogeneidade dos itens.

Através da Amostra A1(N=132) avaliámos a estabilidade temporal do questionário e verificámos que as correlações de Pearson entre os valores obtidos da escala nas duas passagens, nos tempos T1 e T2 , foi de .55, o que quer dizer que se atingiu um nível de  $p < .000$ (\*\*\*\*) o que indica uma correlação significativa mas contudo, não reveladora de uma franca estabilidade (Simões,

1994) do instrumento, pelo que indicará para a possibilidade de se tratar mais de um *optimismo estado* (que se modifica) do que de um *optimismo traço* (que se mantém).

Ao observar o optimismo percebido em função da variável sexo, verificámos que na amostra A2(N=790) o grupo Homens (N=310, média=15.271,  $\sigma= 3.75$ ) e o grupo das Mulheres (N=480, média= 14.042,  $\sigma= 3.78$ ) não se revelaram equivalentes na sua distribuição ( $t=.4.48$ ,  $gl= 664.1$ ,  $p=.000$ ), revelando uma tendência para os indivíduos do sexo masculino se apresentarem mais optimistas do que os do sexo feminino.

### ESTUDOS NO ÂMBITO DA PRECISÃO

No que diz respeito à consistência interna os resultados revelaram um coeficiente alpha de Cronbach no valor de .70 para o total do LOT-R. Como pode ser observado através do Quadro 32 no seu conjunto os valores de consistência interna obtidos são satisfatórios, abonatórios de consistência interna do questionário de avaliação de optimismo.

QUADRO 32- CONSISTÊNCIA INTERNA	
Coeficiente de Cronbach	.70
Coeficiente de Spearman-Brown	.71
Correlação <i>Split-half</i>	.55
Coeficiente de Guttman (Rullon)	.68

A média dos itens “Par” é inferior à das questões “Ímpar”, tal como pode ser observado no quadro que a seguir se apresenta. Não é de admirar visto que, o conjunto “Ímpar” tem mais uma questão.

QUADRO 33 – ITENS			
Par		Ímpar	
Média	DP	Média	DP
5.17	1.61	7.28	2.32

### ESTUDOS RELATIVOS À VALIDADE

O Quadro 34 dá-nos os resultados da Matriz de correlações de Spearman obtidas para todas as questões do indicador de optimismo (v.5 itens). Se as correlações foram demasiado elevadas quer dizer que os itens são redundantes, levando a que o questionário perca em validade de conteúdo; por conseguinte, o ideal é que apresentem uma correlação moderada entre si, mostrando que são sensíveis a aspectos diferentes do mesmo constructo; refira-se ainda, que pode sugerir dimensões gerais subjacentes, que agrupem diversos itens (Vaz Serra, 1994).

QUADRO 34 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES				
4	.47			
7	.21	.25		
9	.23	.27	.53	
10	.34	.33	.30	.32
	1	4	7	9



Conforme se verifica a maioria dos itens estão correlacionados entre si de modo positivo, apresentando valores bastante significativos os itens 1 e 4 e 7 e 9 . poder-se-á dizer que de uma maneira geral constituem um conjunto homogêneo, delineando-se uma tendência para dimensões.

A validade de constructo foi determinada através da análise factorial de componentes principais, seguida de uma rotação ortogonal de tipo varimax, sendo identificado o optimismo no **FACTOR 1**, que explica 45.87% do total da variância. Todos os itens ficaram representados no factor, o que sugere uma dimensão autêntica sem suspeita de outra.

QUADRO 35 – FACTOR 1: OPTIMISMO

( 45.87 % do total da variância explicada)			
Item	Descrição	Dimensão	Loading
9	Raramente espero que as coisas boas me aconteçam.	OPTIMISMO	.70
4	Sou sempre optimista em relação ao futuro.		.68
7	Quase nunca espero que as coisas corram a meu favor.		.69
10	No conjunto, espero que me aconteçam mais coisas boas do que más.		.67
1	Em situações difíceis espero sempre o melhor.		.65

O **FACTOR 1** salienta a possível contribuição de uma disposição optimista para a construção do bem-estar (físico, psicológico e social) de uma personalidade (Quadro 35). Ao longo da vida, os indivíduos optimistas tendem a apresentar expectativas positivas relativamente ao seu futuro. Numa adversidade estes indivíduos não desmoralizam e tendem a utilizar estratégias de *coping* focadas na resolução do problema.

## ESTUDOS TRANSCULTURAIS

A partir da observação da Matriz deste estudo e ao tomar conhecimento da investigação francesa de Sultan e Bureau (1999) surgiu a curiosidade de conhecer se existiriam dois factores. Através de uma análise factorial dos componentes principais com rotação ortogonal de tipo varimax foram encontrados dois factores que explicavam 65.90% da variância. O **FACTOR 1** (itens 1, 4 e 10) remete-nos para uma dimensão de **Optimismo** e explica 33.55% do total da variância. O **FACTOR 2** (itens 7 e 9) transporta-nos para o **Pessimismo** e explica 32.35% da variância. Tal como na versão francesa (com um factor que explica 48% do total da variância; e com dois factores que explicam cerca de 60% do total da variância) também na portuguesa a variância de dois factores é superior à variância de um factor único. Recorde-se que na versão americana foi encontrado um factor único que explicava 48.1% do total da variância explicada.

Podemos concluir que existe uma tendência para uma estrutura bidimensional, pelo que terá sentido recolher três informações do LOT-R para a versão portuguesa: (1ª) uma nota global de optimismo geral com a participação de todos os itens, (2ª) um escore específico de optimismo com 3 itens e (3ª) um escore de pessimismo com 2 itens; esta opção é também a adiantada pelos autores da versão francesa.

Por outro lado, trata-se de um indicador dado a partir de 5 itens, logo, não será muito viável considerar mais factores, até porque, a defesa do LOT-R como uma medida unidimensional pode apoiar-se no pressuposto de que as diferenças sugeridas pelos dois factores reflectem mais as diferenças

entre os itens e não o seu conteúdo. Este foi também a argumentação dada pelos autores do LOT (1985).

Considerando a interferência de aspectos culturais e constituições das amostras, para a escala de 6 itens, era de prever que os dados normativos fossem diferentes em Portugal (1999), (N=790; média=14.55;  $\sigma$ = 3.82), em França (1999), (N=345; média=11.53;  $\sigma$ =2.67) e nos Estados Unidos (1994), (N= 2055; média= 14.33;  $\sigma$ = 4.28); no entanto, atendendo às características psicométricas do LOT-R em cada país, este pode ser um instrumento válido para o estudo da orientação e manutenção de comportamentos de saúde.

#### **7.4.4. CONTEXTOS, TEMPO DE APLICAÇÃO, PROCEDIMENTOS DE COTAÇÃO**

O LOT–R com o indicador de optimismo constituído por 5 itens, pode ser administrado individualmente ou em grupo. Não existe limite de tempo para finalizar o preenchimento da escala, levando uma média de 5 minutos a preencher, dependendo do nível de escolaridade dos indivíduos. Cada item é cotado numa escala de 0 a 4 pontos. A pontuação varia entre 0 e 20 pontos.

#### **7.5. PARÂMETROS POSSÍVEIS DE INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS**

A interpretação dos resultados deve ir no sentido de que quanto maior a pontuação, maior o optimismo disposicional apresentado pelo indivíduo.

Através de uma análise dos itens foi excluído 1, sendo seleccionadas 5 questões; pelo que o indicador de optimismo disposicional na versão portuguesa com a amostra A2(N=790) apresenta uma média de 12.45,

um desvio padrão de 3.48, com mínimo de 0 e máximo de 20. Considerando que o t-student revelou que os **Homens** parecem ser mais optimistas do que as **Mulheres** dever-se-á ter em consideração as médias obtidas, na população portuguesa, para cada sexo: (**H** – média=15.27,  $\sigma$  =.3075) e (**M** – média=14.04,  $\sigma$  =3.78)

A extracção de variâncias de 40% a 50% reflecte uma estrutura de factor do impacto de escalas de auto-resposta (Gorsuch, 1983; *cit Snyder et al.* 1996, 324). O total da variância (45.87%) obtida na versão portuguesa do LOT–R considerando um factor único (**FACTOR 1– Optimismo**) está dentro do intervalo, logo dever-se-ão considerar importantes as informações recolhidas pelo questionário.

## 7.6. ANÁLISE CRÍTICA

Uma das vantagens deste questionário é que ele possibilita que o indivíduo se observe a si próprio em termos do optimismo disposicional e não como é visto por estranhos, permitindo que cada pessoa possa expressar o que sente. Saliente-se ainda que , para além de apresentar características psicométricas satisfatórias, a sua administração é fácil e rápida.

Visto que o LOT–R na versão portuguesa apresenta um alpha de Cronbach de .70 pode ser utilizado em contextos de investigação, mas não em domínios de tomada de decisão na prática psicológica (Nunnally, 1978; Kline, 1986, *cit* Simões, 1984).

Seria de todo interesse que outros estudos se realizassem neste domínio das emoções positivas, e que num futuro próximo se esclarecesse por

um lado o problema da unidimensionalidade ou bidimensionalidade deste questionário; por outro, a questão do optimismo traço e estado, e por último, as diferenças entre optimismo e pessimismo.

O LOT–R para a população portuguesa constituído por 10 itens, em que só 5 contam para o indicador de optimismo disposicional, pode dar um contributo viável para o encontro de instrumentos psicológicos capazes de avaliar optimismo na prática psicológica, auxiliando as dinâmicas de promoção da saúde, nomeadamente em Psicologia da Saúde.

A relação deste questionário com outros instrumentos que avaliem outras dimensões da personalidade ou que vão no mesmo sentido do LOT–R será efectuada no Capítulo 11 (validade concorrente e predictiva).

## **CAPÍTULO 8**

### **ESTUDO EMPÍRICO PRELIMINAR: ESTUDOS PSICOMÉTRICOS DOS INSTRUMENTOS (ESTUDO 3)**

#### **8. ADAPTAÇÃO DE INSTRUMENTOS PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA (ESTUDO 3)**

##### **8.1. DESIGNAÇÃO**

*Sate Hope Scale* (S.H.S.) (Snyder, Sympson, Ybasco, Borders, Babyak & Higgins, 1996).

##### **8.2. INDICAÇÕES**

A S.H.S. é um instrumento de auto-avaliação de esperança estado tem sido aplicado a populações de adultos.

##### **8.3. APRESENTAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO**

Os autores das décadas de 60 e 70 descrevem a esperança como uma herança de uma percepção global das metas que se podem alcançar na vida das pessoas (French, 1952; Gottschalk, 1959; Erickson, Farber, 1968;

Beck, Stotland, 1969; Post & Paige, 1975; Weissman, Lester & Trexler, 1984; Franckl, 1992; *cit.* Snyder *et al.*, 1996). As conceptualizações sobre este construto consideram que o próprio pensamento sobre actividades direccionadas para um objectivo desempenham um papel importante no conhecimento pessoal de acontecimentos positivos.

Nos últimos tempos, os estudos conceptualizaram a esperança de uma forma mais dinâmica salientando a importância das cognições para a concretização dos objectivos (Lee, Lock & Latham, 1989; Pervin, 1989; *cit.* Snyder *et al.*, 1996) considerando que um pensamento direccionado para alcançar uma meta está assente em duas componentes (*agency* e *pathways*) que se encontram interrelacionadas: **ACÇÃO** (determinação em alcançar as metas) e **DIRECÇÃO** (plano estratégico para alcançar o objectivo).

Num primeiro momento, salienta-se a percepção da capacidade, dos atributos, da energia do indivíduo para iniciar e manter as acções necessárias à concretização dos seus desejos. Em seguida, destaca-se a percepção das aptidões para gerar as trajectórias para atingir o objectivo proposto inicialmente.

De acordo com Snyder, Harris, Anderson, Holleran, Irving, Sigmon, Yoshinobu, Gibb, Langelle, Harney (1991) a esperança pode ser definida como “*a cognitive set that is based on a reciprocally-derived sense of successful agency (goal-directed determination) and pathways (planing to meet goals).*” (571). Posteriormente, num outro estudo, Snyder, Ybasco, Borders, Baby e Higgins (1996) especificam a importância interactiva dos mecanismos de esperança assim definida: “*Agentic and pathways thinking are both necessary for higher levels of hopeful thought (i.e.; they are additive), and they*

*recciprocally interacte (i.e. they interate in the though of people as they entertain their goals).*” (321); por conseguinte, as pessoas apresentam diferentes aspectos no processo cognitivo de direccionar metas a alcançar/concretizar ao longo da sua vida.

Neste sentido, podemos definir esperança como uma configuração cognitiva interactiva baseada na percepção recíproca do êxito da **acção** (determinação cognitiva em alcançar uma meta ou objectivo identificado conscientemente) e da **direcção** (implementação de um plano de estratégias para alcançar o objectivo pré-determinado).

Em conformidade com as ideias anteriormente referidas, podemos esperar que a esperança esteja relacionada com a motivação e o optimismo verificadas nas pessoas, num determinado momento (esperança disposicional ou estado) e ao longo dos acontecimentos das suas vidas (esperança habitual ou traço de personalidade).

A esperança estado é definida pelos autores do seguinte modo : *State hope, as measured in a given moment, provides a snapshot of a person’s current goal-direct thinking.* (1996, 321). Neste sentido, os indivíduos que apresentam uma predisposição cognitiva de esperança estão motivados para despende energias, desencadear e manter esforços direccionados necessários para alcançar as suas metas, por isso, ao contrário dos outros (com menor esperança), têm maior probabilidade de experienciar vivências de êxito e memorizar sequências de sucesso na vida.

A Hope Scale (HS) foi criada por Snyder *et al.* em 1991, num contexto de vários estudos sobre o optimismo realizados pelos autores desde o início dos anos 90; apresentando-se o referido instrumento como uma medida



de auto-avaliação de esperança disposicional (*dispositional hope*). É constituída por 12 itens (4 *distracters*; 4 *tap agency for gaols*; 4 *tap pathways thinking in regard to goals*)., os escores são obtidos a partir de 8 itens e podem ir de 8 a 64; a análise da consistência interna mostrou um alpha de .80. Posteriormente, no sentido de avaliar a esperança estado (*state hope*) Snyder, Sympson, Ybasco, Borders, Babyak e Higgins elaboram a State Hope Scale (SHS) em 1996, a partir do seu primeiro instrumento.

A SHS é constituída por 6 itens orientados positivamente e consiste numa escala de tipo *Likert*, em que cada item pode ser classificado em oito categorias (1=*definitely false* a 8=*definitely true*), obtendo-se uma pontuação mínima de 6 e máxima de 48 pontos.

Os itens são apresentados com uma breve introdução estimulando o indivíduo a dois momentos: (1) realizar uma breve reflexão sobre si próprio(a) e o que está a acontecer na sua vida neste momento; (2) e depois de ter definido o estado presente em que se encontra (auto-avaliação da vida no *aqui e agora*) passará à fase da resposta da escala.

Num estudo a partir de uma amostra inicial de 444 estudantes e num segundo grupo de seguimento constituído por 240 indivíduos, a SHS (v. 6 itens) foi aplicada num tempo 1 e durante 29 dias consecutivos. Submetida a uma análise factorial dos componentes principais, seguida de uma rotação oblíqua, apresentou dois factores (*agengy*, F1=53.4% e *pathwais*, F2=18.0%). que explicavam 71.4% do total da variância (valor que variou entre 72% e 87%). Os alphas de Cronbach durante 30 dias variaram entre .82 e .95, com um alpha médio de .93. Para o conjunto dos três itens de *agengy* variou entre

.83 e .95, com um alpha médio de .91. Para o conjunto dos três itens de *pathways* o valor de alpha oscilou entre .74 e .93, com o valor médio de .91.

A estabilidade temporal obtida variou entre .48 e .93. A média encontrada nos indivíduos da amostra principal foi de 37.15 com um desvio padrão de 6.33; e na amostra dos 29 dias média foi de 33.99 com um desvio padrão de 7.02. Na primeira amostra não se verificaram diferenças de sexo (37.24 para homens e 37.06 para mulheres), mas o mesmo não aconteceu com o segundo grupo, tendo-se verificado para o sexo masculino uma média de 34.79 e para o sexo feminino uma média 33.23, denotando uma tendência dos homens para atingirem maior pontuação de *esperança estado* do que as mulheres.

## **8.4. CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS REALIZADOS EM PORTUGAL**

### **8.4.1. DATA E OBJECTIVOS**

A versão portuguesa da *State Hope Scale* (SHS) foi objecto de um estudo que decorreu nos anos de 1997 e 1998.

O objectivo principal deste estudo foi a adaptação para a população portuguesa da SHS (v.6 itens).

### **8.4.2. POPULAÇÃO, AMOSTRA E METODOLOGIA**

O procedimento de adaptação foi realizado de acordo com o descrito no Capítulo 5 de forma a respeitar a *validade de conteúdo*. Foram utilizadas duas amostras A1 (n=132) e A2 (n=790), já caracterizadas

anteriormente. Na primeira foi observada a estabilidade temporal do instrumento e na segunda foram realizados os estudos psicométricos.

No Quadro 36 são apresentados os valores mínimos, máximos, média e desvio padrão das duas amostras A1 (no primeiro tempo T1 e passado mês e meio em T2) e amostra A2, em relação á esperança estado. Como se pode observar os valores obtidos são semelhantes, manifestando os indivíduos de cada amostra uma esperança estado ligeiramente superior à média do valor possível de obter com este teste.

QUADRO 36 – CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRAS A1 E A2 (ESPERANÇA)			
	AMOSTRA A1 (T1) (N=132)	AMOSTRA A1 (T2) (n=132)	AMOSTRA A2 (n=790)
MINIMO	5	10	5
MÁXIMO	28	27	30
MÉDIA	19.12	19.33	19.06
DESVIO PADRÃO	3.26	3.28	3.54

Note-se, que os valores médios não podem ser comparados com os da escala original visto que se optou na versão portuguesa apresentada neste estudo, por seis posições (discordo de maneira muito acentuada; discordo de maneira acentuada; discordo; concordo; concordo de uma maneira acentuada; concordo de uma maneira muito acentuada), oscilando a pontuação entre um mínimo de 0 e um máximo de 30 pontos.

Conforme Steriner e Norman (1989, *cit* Vaz Serra, 1994) o estudo da homogeneidade dos itens obedeceu aos passos seguintes:

- Correlação teste/reteste como medida de estabilidade temporal, determinada por uma correlação de Pearson entre as notas globais em T1 e T2.
- Análise da consistência interna/fidedade a partir da determinação do Coeficiente de Spearman-Brown, Guttman; Alpha de Cronbach e correlações das metades (Split-half correlation).
- Determinação do Coeficiente  $\alpha$  de Cronbach para o conjunto da escala após irem sendo extraídos, um a um, os vários itens.
- Determinação de correlações para o conjunto da escala após irem sendo extraídos, um a um, os vários itens.
- Determinação do t-student para comprovação de que a escala não é sensível às diferenças de sexo.
- Determinação da matriz de Correlação de Spearman.

As dimensões subjacentes da SHS na adaptação portuguesa foram recolhidas a partir da determinação de análise factorial de componentes principais, seguida de uma rotação ortogonal de tipo Varimax, com *eigenvalue*  $\geq 1$ . A partir das 6 questões utilizámos diversos critérios que nos levaram a manter todos os itens, ficando a escala final da versão portuguesa também com 6 itens.

### 8.4.3. DADOS PSICOMÉTRICOS

#### ANÁLISE DOS ITENS

Conforme se pode comprovar a partir da observação do Quadro , todos os valores das correlações de cada item com a nota global (contendo o item) apresentaram valores positivos com um  $p < .000$ , o que indica correlações altamente significativas.

Nas correlações de cada item com a nota global (excluindo o item) verificaram-se valores positivos, altamente significativos para todos os itens. Já que se aceita como norma que são bons todos os itens que se correlacionam acima de **.20 com a nota global**, quando esta não contém o item (Streiner & Norman, 1989; *cit* Vaz Serra, 1994; Nunnally, 1989; *cit.* Canavarro, 1999) poder-se-á dizer que os resultados obtidos abonam numa boa consistência interna das questões que constituem a escala citada, mais um dado abonatório para a homogeneidade dos itens da SHS na versão portuguesa.

Ao examinarmos as correlações obtidas entre cada item e a nota global da escala, quando esta contém o próprio item e quando este é excluído, verificamos que variam no primeiro caso entre .62 e .75, e no segundo entre .42 e .62.

O valor mais baixo encontrado para a correlação quando esta não contém o item (índice de fiabilidade mais fidedigno, já que a nota não é inflacionada) é de .42 para o item 2 (*Neste momento eu estou a lutar com muita energia para alcançar os meus objectivos.*).

O valor mais elevado encontrado para a correlação quando esta não contém o item é de .62 e foi observado na questão 4 (*Neste momento, considero-me uma pessoa razoavelmente bem sucedida*); trata-se da questão que mais aumenta em intensidade quando sobe a esperança estado avaliada pelo instrumento em estudo.

QUADRO 37 – ESTUDO DOS ITENS

Item	Média	R item-total	R item-total (s/ item)	A
1	3.04	.63***	.50***	.767
2	3.65	.62***	.57***	.780
3	3.14	.69***	.54***	.750
4	3.09	.75***	.63***	.731
5	3.09	.73***	.58***	.739
6	3.12	.75***	.72***	.737

NOTA: \* p <.05; \*\*p <.01 e \*\*\*p <.001

Através da exclusão de cada item ao total do escore da SHS, verificou-se que à excepção do item 2 (*Neste momento, eu estou a lutar com muita energia para alcançar os meus objectivos*) que se aproxima do alpha da escala total ( $\alpha=.784$ ), todos os outros valores obtidos do alpha de Cronbach para cada item eram inferiores ao total da escala (Quadro 37). Por conseguinte, a maioria dos itens contribuem para elevarem o coeficiente, pelo que, melhoram a homogeneidade do instrumento quando estão presentes, o que é mais um contributo para a homogeneidade da escala. Por outro lado, não há nenhuma questão que revele que depois de retirada o  $\alpha$  suba; tais resultados são mais um dado abonatório da boa homogeneidade dos itens.

Stevens (1996, *cit.* Canavarro, 1999) considera que os valores de  $\alpha$ , que mede a variância devido à heterogeneidade, deve situar-se entre .7 e .8.

No caso da SHS, os valores de  $\alpha$  (quer dos diversos itens do instrumento, quer no valor global da escala) estão dentro desse intervalo.

Através da amostra A1 avaliámos a estabilidade temporal da escala e verificámos que as correlações de Pearson entre os valores obtidos da escala nas duas passagens, nos tempos T1 e T2, foi de .53, o que quer dizer que se atingiu um nível de  $p < .000$ (\*\*\*\*) o que indica uma correlação significativa mas não reveladora de uma franca estabilidade (Simões, 1994) do instrumento, logo coloca-nos mais diante de uma esperança estado do que de uma esperança como traço de personalidade.

Ao considerar a variável sexo para o construto em estudo, verificámos que as Mulheres (N=480) desta amostra apresentavam uma média de 19.01 com desvio padrão de 3.52 e os Homens (N=310) uma média de 19.14 com um desvio padrão de 3.58 verificando-se através de um t de Student ( $t=.50$ ,  $gl=650.7$ ,  $p=.618$ ) que não existia interferências de sexo para a esperança estado. Resultado que vai no mesmo sentido ao obtido na amostra principal do estudo dos autores da escala original.

### **ESTUDOS NO ÂMBITO DA PRECISÃO**

Através da observação do Quadro 38 podemos verificar que o valor obtido para o coeficiente alpha de Cronbach é de .78, o que quer dizer que se obteve um bom indicador de consistência interna do instrumento. Os valores obtidos respectivamente para o coeficiente de Spearman-Brown, correlação par/impar, correlação Guttman (Rullon) e correlações das metades (*Split-half*) são abonatórias da consistência interna/fidelidade da SHS.

QUADRO 38 – CONSISTÊNCIA INTERNA

Coefficiente de Cronbach	.78
Coefficiente de Spearman-Brown	.76
Correlação <i>Split-half</i>	.61
Coefficiente de Guttman (Rullon)	.75

A média dos itens “Par” é ligeiramente inferior às questões “Ímpar”, tal como pode ser observado no quadro que a seguir apresentamos (Quadro 39 ). No entanto, é de esperar uma diferente distribuição da frequência dos itens, quando se procura que estes avaliem aspectos diferentes de um mesmo atributo.

QUADRO 39 – ITENS

Par		Ímpar	
Média	DP	Média	DP
9.29	2.11	9.83	1.83

## ESTUDOS RELATIVOS À VALIDADE

O Quadro 40 apresenta os resultados da Matriz de correlações de Spearman obtidas para todas as questões da escala de esperança estado.

Conforme se pode observar todos os itens estão correlacionados entre si de modo positivo, apresentando valores altamente significativos entre os itens 4 e 6, e valores mais moderados entre os itens 1 e 2. Poder-se-á dizer que embora diferentes constituem um conjunto homogéneo e discriminativo das dimensões.



QUADRO 40 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES

2	.25				
3	.41	.27			
4	.34	.30	.39		
5	.39	.34	.49	.44	
6	.31	.39	.34	.60	.40
	1	2	3	4	5

No sentido de conhecer as dimensões subjacentes, a validade de constructo foi determinada através da análise factorial de componentes principais seguida de rotação ortogonal de tipo varimax, sendo identificados os dois factores da escala original de Snyder *et al.* (1996). Esses factores explicam uma parte considerável da variância, ou seja, 62.87%. Os quadros que se seguem mostram a constituição dos diferentes factores, os itens seleccionados, o seu significado, dimensão e *Loading*.

A análise factorial realizada inclui todos os itens da escala, que se encontram distribuídos pelos dois factores, o que sugere dimensões autênticas sem suspeita de outra. Isto é, o instrumento mede o que se pretende medir. Se atendermos ao significado de cada um dos factores, sugerem apontar para duas dimensões: **Acção** e **Direcção**, o que está de acordo com a escala original.

O **FACTOR 1** é o mais importante e transporta-nos para uma das dimensões da esperança que é a **ACÇÃO** (Quadro 41). Salienta-se a determinação do indivíduo em alcançar as metas, a sua energia motivacional e capacidade de realizar uma avaliação objectiva da sua *performance*.

**QUADRO 41 – FACTOR 1: ACÇÃO**

( 32.23% do total da variância explicada)			
Item	Descrição	Dimensão	Loading
		<b>Acção</b>	
6	Presentemente, eu estou a alcançar os objectivos que coloquei a mim próprio(a).		.82
4	Neste momento, considero-me uma pessoa razoavelmente bem sucedida.		.73
2	Neste momento, eu estou a lutar com muita energia para alcançar os meus objectivos.		.69

**QUADRO 42 – FACTOR 2: DIRECÇÃO**

(30.65% do total da variância explicada)			
I Item	Descrição	Dimensão	Loading
		<b>Direcção</b>	
3	Existem muitas formas de resolver qualquer problema que eu esteja a enfrentar.		.81
1	Se eu me encontrasse numa situação confusa, eu seria capaz de encontrar diversas saídas para essa situação.		.78
5	Eu consigo pensar em muitas formas de atingir os meus objectivos deste momento.		.63

O **FACTOR 2** realça o outro domínio da esperança, que é a **DIRECÇÃO**, isto é, o modo de pensar do indivíduo no sentido de elaborar caminhos que conduzam à meta pretendida (Quadro 42).

#### 8.4.4. CONTEXTOS, TEMPO DE APLICAÇÃO, PROCEDIMENTOS DE COTAÇÃO

A SHS (v.6 itens) pode ser administrada individualmente ou em grupo. Não existe limite de tempo para finalizar o preenchimento da escala, levando uma média de 5 minutos a preencher, dependendo do nível de

escolaridade dos indivíduos. Cada item é cotado numa escala de 0 a 5 pontos. A pontuação total varia de 0 a 30 pontos.

## 8.5. PARÂMETROS POSSÍVEIS DE INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A interpretação dos resultados deve ir no sentido de que quanto maior a pontuação, maior a esperança estado de um indivíduo no aqui e no agora da sua vida.

De acordo com Gorsuch (1983, *cit.* Snyder *et al.*, 1996, 324) a extracção de variâncias de 40% a 50% reflectem uma estrutura de factor do impacto substancial de escalas de auto-resposta. Considerando o total da percentagem da variância obtida (62.87%) na versão portuguesa do instrumento de avaliação de esperança estado, dever-se-ão considerar como significativas as informações proporcionadas pelo **FACTOR 1 (Acção)** e pelo **FACTOR 2 (Direcção)**.

## 8.6. ANÁLISE CRÍTICA

Uma das vantagens desta escala é a de permitir que um indivíduo expresse a sua percepção de esperança no aqui e no agora da sua vida, e não como estranhos o avaliam, constituindo um avanço para o estudo das emoções positivas. É de salientar que, para além de apresentar características psicométricas bastante satisfatórias, a sua administração é fácil e rápida.

A partir da análise da consistência interna, considera-se que um teste pode ser utilizado em contextos de investigação com um coeficiente de

.70 (suficiente) e na prática psicológica em domínios de tomada de decisão com um coeficiente mínimo de .90 (muito bom) (Nunnally, 19878; Kline, 1986; *cit.* Simões, 1994). Neste sentido, a versão portuguesa da SHS apresentou um  $\alpha = .78$  pelo que, pode ser utilizada no domínio da investigação psicológica.

A SHS adaptada á população portuguesa constitui um contributo importante para o encontro de instrumentos psicológicos capazes de avaliar a esperança estado na prática psicológica, nomeadamente em Psicologia da Saúde. A relação desta escala com outros instrumentos será efectuada no Capítulo 11 (estudos de validade concorrente e predictiva).

## **CAPÍTULO 9**

### **ESTUDO EMPÍRICO PRELIMINAR: ESTUDOS PSICOMÉTRICOS DOS INSTRUMENTOS (ESTUDO 4)**

#### **9. ADAPTAÇÃO DE INSTRUMENTOS PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA (ESTUDO 4)**

##### **9.1. DESIGNAÇÃO**

*The Instrumental and Expressive Social Support Scale (IESSS) (Ensel & Woelfel, 1986).*

##### **9.2. INDICAÇÕES**

O I.E.S.S.S. avalia a percepção de apoio social instrumental e expressivo de um indivíduo e tem sido aplicado a populações de adultos

##### **9.3. APRESENTAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO**

A ideia de que as relações interpessoais influenciam o bem-estar psicológico e de que o apoio social pode proteger e promover a saúde psíquica e física dos indivíduos tem conquistado numerosos estudiosos ao longo dos tempos

(ex. Bowlby, 1976; Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1984; Williams & Williams, 1983; Powell & Enright, 1990; Kessler *et al.*; 1992; Vaz Serra, Faria & Horácio, 1992; Faria, 1993).

A preocupação em medir o apoio social levou à construção de uma diversidade de instrumentos que reflectiram a multiplicidade de conceptualizações (Weiss, 1974; Kelly, Muñoz & Snowden, 1979; Caplan, 1974; Heller; 1979; Schaeffer, Coyne & Lazarus, 1981; *cit.* Sarason *et al.*; 1983).

A definição de Lin (1986) sugere uma chamada de atenção para a percepção que o indivíduo tem do apoio que lhe é fornecido pelo(s) outro(s) que está de acordo com a distinção feita por Caplan (1976; *cit.* Lin, 1986) sobre as duas dimensões de apoio: a objectiva e a subjectiva. Os aspectos objectivos do suporte são indicações observáveis da provisão de apoio, através da informação dada pelos outros, independentemente se o indivíduo a recebe. A compreensão subjectiva e a avaliação do apoio realizadas pelo indivíduo reflectem a sua realidade perceptiva da rede de suporte em que está inserido. Wethington e Kessler (1986) chegaram mesmo a afirmar que a percepção de apoio social é mais importante e traz mais benefícios para a saúde mental do que receber apoio social.

A perspectiva social da definição deste constructo remete-nos para fontes de apoio (comunidade, redes sociais e confidente) que resultam da implicação do meio social e das relações sociais, reflectindo a integração do indivíduo na estrutura social (*belongingness*) e o seu sentimento de pertença/referência a essa conjectura de apoio, circunscrita ao meio onde o indivíduo se movimenta e vive. Daí as duas dimensões do apoio social:

instrumental (utilização do relacionamento para a atingir um objectivo – ex. procurar emprego; encontrar uma *baby-sit*) e expressivo ou emocional (utilização do relacionamento com um fim – ex. partilhar sentimentos, desabafar, frustrações, aconselhamento). É neste âmbito que se encontra circunscrita a ISSS.

Lin, Dean e Ensel (1981) criaram um instrumento de avaliação individual do apoio instrumental e expressivo. Os itens fazem a cobertura de uma variedade de assuntos, incluindo os problemas financeiros, solicitações em função do tempo e esforço, presença ou sorte de companhia adequada, comunicação, dependência, família e problemas familiares quotidianos. Posteriormente, a IESSS foi reformulada por Ensel e Woelfel (1986), passando a escala de 26 itens para 28 .

Na escala reformulada uma análise dos itens no tempo 1(N=871) mostrou valores de  $r=.3$  a  $r=.7$ ; e o *alpha* de Cronbach dos dois tempos (T1 e T2) foi respectivamente de  $\alpha_1=.89$  e  $\alpha_2=.93$ ; apresentou uma correlação consistente ao longo do tempo ( $-.58$  em T1 e  $-.59$  em T2). A maioria dos itens estão consistentemente relacionados com a depressão ao longo do tempo.

Os autores utilizaram a análise de factores como uma técnica exploratória de descobrir o apoio social instrumental e expressivo encobertos. Através de uma rotação varimax encontraram seis factores que explicavam 62% da variância: (1) *Demands* (3 itens); (2) *Money* (3 itens); (3) *Companionships* (3 itens); (4) *Marital* ( 3 itens); (5) *Conflict* (2 itens); (6) *Communication* (2 itens).

Os factores da estrutura da escala que mostraram uma forte consistência interna ao longo do tempo e validade foram os seguintes: factores

instrumentais (excesso de responsabilidades/solicitações e falta de dinheiro); factor expressivo (insatisfação nas relações íntimas) e o *Strong-Tie Support* isto é, o vínculo de apoio forte, que caso não exista, poderá ser um indicador de depressão.

Ao confrontar o indivíduo com os acontecimentos de vida importantes e significativos para a sua existência, esta escala pode fornecer-nos uma informação do risco de depressão desses indivíduos; saliente-se no entanto que, não avalia a depressão nem identifica os sintomas.

A IPSS consiste numa escala de tipo *Likert*, em que cada item pode se classificado em cinco categorias diferentes (0=muito ou a maior parte do tempo; 1=ocasionalmente; 2=algumas vezes; 3=raramente; e 4=nunca); vai no sentido de que quanto maior for o escore obtido, maior é o apoio social instrumental e expressivo percebido pelo indivíduo.

Os itens são apresentados com uma breve introdução estimulando o indivíduo a rever os últimos seis meses da sua vida e a identificar a frequência com que foi incomodado pelos problemas apresentados. Apresenta uma nota global mínima de 0 e máxima de 112.

## **9.4. CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS REALIZADOS EM PORTUGAL**

### **9.4.1. DATA E OBJECTIVOS**

A versão portuguesa do *Instrumental and Expressive Social Support Scale* (IESSS) foi objecto de um estudo que decorreu nos anos de 1997 e 1998.



O objectivo principal deste estudo foi a adaptação para a população portuguesa do IESSS (v.38 itens).

#### 9.4.2. POPULAÇÃO, AMOSTRA E METODOLOGIA

O procedimento de adaptação foi realizado de acordo com o descrito no Capítulo 5 de forma a respeitar a validade de conteúdo. Foram utilizadas duas amostras A1 (n=132) e A2 (n=790), já caracterizadas anteriormente. Na primeira foi observada a estabilidade temporal do instrumento e na segunda foram realizados os estudos psicométricos.

QUADRO 43 – CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRAS A1 E A2			
	AMOSTRA A1 (T1) (n=132)	AMOSTRA A1 (T2) (n=132)	AMOSTRA A2 (n=790)
MINIMO	40	35	19
MÁXIMO	94	98	108
MÉDIA	69.14	68.81	70.74
DESVIO PADRÃO	12.70	11.94	12.91

No Quadro 43 são apresentados os valores mínimos, máximos, média e desvio padrão das duas amostras A1 (no primeiro tempo T1 e passado mês e meio em T2) e amostra A2, em relação ao apoio social instrumental e expressivo. Como se pode observar os valores obtidos são ligeiramente diferentes, manifestando os indivíduos de cada amostra um suporte social ligeiramente superior à média do valor possível de obter com este teste. Os indivíduos da amostra A2 foram os que apresentaram uma média mais elevada (70.74).

Conforme Streiner e Norman (1989, *cit.* Vaz Serra, 1994, 53) *todos os itens devem ser capazes de captar aspectos diversos do mesmo atributo e não partes distintas de diferentes traços*, embora diferentes deverão constituir um conjunto homogêneo. Neste sentido, o *estudo da homogeneidade dos itens* foi realizado da seguinte forma:

- Correlação teste/reteste como medida de estabilidade temporal, determinada por uma correlação de Pearson entre as notas globais em T1 e T2.
- Análise da consistência interna/fidelidade a partir da determinação do Coeficiente de Spearman-Brown, Guttman, Alpha de Cronbach e correlações das metades (*Split-half correlation*).
- Determinação do Coeficiente  $\alpha$  de Cronbach para o conjunto da escala após irem sendo extraídos, um a um, os vários itens.
- Determinação de correlações para o conjunto da escala após irem sendo extraídos, um a um, os vários itens.
- Determinação do t-student para a comprovação de que a escala não é sensível às diferenças de sexo.
- Determinação da Matriz de Correlação de Spearman.

As dimensões subjacentes da IESSS na adaptação portuguesa foram detectadas através da determinação de análise factorial de componentes principais, seguida de uma rotação ortogonal de tipo varimax, com um

*eigenvalue*  $\geq 1$ . A partir das 28 questões iniciais utilizamos diversos critérios que nos levaram à exclusão de 4 questões, ficando o inventário final da versão portuguesa com 24 itens.

#### 9.4.3. DADOS PSICOMÉTRICOS

##### ANÁLISE DOS ITENS

No processo de selecção dos itens para a construção da escala final, os critérios utilizados podem ser assim sintetizados:

- As questões **3** (*Ter muitas responsabilidades*), **5** (*Tempo demasiado ocupado*), **12** (*Ter pouco tempo livre*) e **26** (*Ter muito tempo disponível*), que procuravam analisar aspectos de *responsabilidade* e *tempo* relacionados com o apoio social, foram excluídas por terem uma correlação não significativa com a nota global e revelar, ao mesmo tempo, pela análise do  $\alpha$  de Cronbach que este subiria se fossem retiradas (mostrando que prejudicava a homogeneidade do inventário).
- Os itens **9** (*Decidir como gastar dinheiro*) e **10** (*Não ter responsabilidades suficientes*) apresentavam um  $\alpha$  idêntico ao da escala mas não foram excluídos, visto que se correlacionavam acima de **.20 com a nota global**, quando esta não contém o item. Segundo Streiner e Norman (1989, *cit.* Vaz Serra, 1994, 69) e

Nunnally (1978, Canavarro, 1999, 101) aceita-se como norma que são bons todos os itens nestas condições.

Em conformidade com as informações recolhidas, os dados que em seguida se apresentam dizem respeito à escala já com 24 itens. O Quadro 44 mostra-nos as correlações obtidas entre cada questão e a nota global quando esta contém o próprio item ou este é excluído. Por conseguinte, quando a nota global contém o próprio item a correlação é inflacionada, logo, as correlações mais relevantes são aquelas que dizem respeito à correlação do item com a nota global quando esta não contém esse item específico (Vaz Serra, 1994).

Ao examinarmos as correlações obtidas entre cada item e a nota global da escala, quando esta contém o próprio item e quando este é excluído, verificamos que estas variam entre .30 e .62, no primeiro caso; .21 e .56, no último. É de salientar que todos os itens apresentam correlações positivas e , na sua grande parte, altamente significativas com o total da escala ( $p < .000$ ). Como se pode verificar à excepção dos itens **9** (*Decidir como gastar dinheiro*), **10** (*Não ter responsabilidades suficientes*) e **14** (*Problemas com as crianças*) todos as outras questões apresentam valores bastante superiores, resultado que é abonatório da homogeneidade dos itens incluídos.

O valor mais baixo encontrado para a correlação quando esta não contém o item (índice de fiabilidade mais fidedigno, já que a nota não é inflacionada) é de .21 para o item **9** (*Decidir como gastar dinheiro*). O valor mais elevado encontrado para a correlação quando esta não contém o item é de .56 e foi observado nas questões **21** (*Não ter alguém que lhe demonstre amor e afecto*) e

**25** (*Não ter alguém que compreenda os seus problemas*); são pois os itens que mais aumentam em intensidade quando sobe o apoio social expressivo e instrumental avaliado pelo instrumento em estudo.

QUADRO 44 – ESTUDO DOS ITENS (24 itens)

Item	Média	R item-total	R item-total (s/ item)	$\alpha$
1	3.17	.44***	.36***	.837
2	2.68	.51***	.43***	.834
4	2.55	.60***	.53***	.830
6	2.68	.45***	.37***	.837
7	2.58	.48***	.38***	.836
8	1.90	.46***	.38***	.836
9	2.65	.30***	.21***	.843
10	3.05	.31***	.23***	.841
11	2.77	.54***	.48***	.832
13	1.38	.42***	.33***	.838
14	3.21	.35***	.28***	.839
15	2.47	.42***	.33***	.838
16	2.64	.47***	.40***	.835
17	2.05	.45***	.36***	.837
18	3.18	.50***	.42***	.834
19	2.86	.51***	.43***	.834
20	2.98	.48***	.41***	.835
21	3.15	.62***	.56***	.829
22	2.75	.48***	.41***	.835
23	2.50	.46***	.39***	.836
24	3.15	.48***	.42***	.835
25	2.79	.62***	.56***	.829
27	2.90	.53***	.47***	.833
28	3.12	.37***	.29***	.839

NOTA: \* p < .05; \*\* p < .01 e \*\*\* p < .001

Stevens (1996, *cit.* Canavarro, 1999) considera que os valores de  $\alpha$ , que mede a variância devido à heterogeneidade, deve situar-se entre .7 e .8. No caso da IESSS, os valores de  $\alpha$  (quer dos diversos itens do inventário, quer o valor global da escala) embora ligeiramente superiores a .8, não o ultrapassam, pelo que se pode considerar que estão dentro do intervalo.

Através do Quadro 44 também podemos observar os valores do alpha de Cronbach para todas as questões da escala quando o item assinalado é excluído. Verifica-se que na maioria das questões, quando são excluídas, o  $\alpha$  desce, o que significa que melhoram a homogeneidade da escala quando estão presentes. Por outro lado não há nenhuma que revele, que depois de retirada, o  $\alpha$  suba; tais resultados são mais um dado abonatório da boa homogeneidade dos itens.

Através da amostra A1 avaliámos a estabilidade temporal da escala e verificámos que as correlações de Pearson entre os valores obtidos da escala nas duas passagens, nos tempos T1 e T2, foi de .48, o que quer dizer que se atingiu um nível de  $p < .000$ (\*\*\*\*) o que indica uma correlação altamente significativa mas contudo, não reveladora de uma franca estabilidade (Simões,1994) do instrumento, podendo apontar para a possibilidade de ser considerado um apoio social instrumental e expressivo mais como estado do que como traço.

No que se refere ao apoio social instrumental e expressivo percebido em função da variável sexo, verificámos que na amostra A2(N=790) o grupo dos Homens (N=310, média= 70.68,  $\sigma$ = 13.08) e o grupo das Mulheres (N=480, média= 69.97,  $\sigma$ =12.92) revelaram-se equivalentes na sua distribuição ( $t=.73$ ,  $gl=653.6$ ;  $p=.465$ ). Pelo que podemos concluir, que não existem interferências da variável sexo.

## ESTUDOS NO ÂMBITO DA PRECISÃO

No que diz respeito à consistência interna os resultados revelaram um coeficiente *alpha* de Cronbach no valor de .84 para o total da IESSS. Como se pode observar através do Quadro 45, no seu conjunto os valores de consistência interna obtidos são bastante satisfatórios, abonatórios de uma boa consistência interna do instrumento de avaliação de apoio social instrumental e expressivo.

QUADRO 45 – CONSISTÊNCIA INTERNA	
Coeficiente de Cronbach	.84
Coeficiente de Spearman-Brown	.80
Correlação <i>Split-half</i>	.67
Coeficiente de Guttman (Rullon)	.80

A média dos itens “Par” é semelhante às das questões “Ímpar”, tal como pode ser observado no quadro que a seguir apresentamos. Contudo, é de esperar uma diferente distribuição da frequência dos itens, quando se procura que estes avaliem aspectos diferentes de um mesmo atributo.

QUADRO 46 – ITENS			
Par		Ímpar	
Média	DP	Média	DP
34.07	6.95	30.05	6.50

## ESTUDOS RELATIVOS Á VALIDADE

O Quadro 47 apresenta os resultados da Matriz de correlações de Spearman obtidas para todas as questões da escala final (v. 24 itens) de apoio social instrumental e expressivo.

**QUADRO 47 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES**

2	.15
4	.23 .37
6	.08 .47 .23
7	.19 .21 .30 .21
8	.18 .28 .32 .26 .27
9	.16 .07 .16 .07 .14 .13
10	.10 .09 .12 .14 .08 .06 .22
11	.16 .29 .47 .22 .21 .39 .15 .27
13	.31 .16 .20 .05 .13 .19 .07 .01 .15
14	.12 .04 .19 .09 .13 .02 .11 .05 .19 .10
15	.11 .14 .16 .16 .20 .10 .09 .17 .15 .18 .18
16	.14 .12 .23 .14 .17 .13 .10 .12 .21 .16 .19 .28
17	.38 .13 .21 .06 .10 .10 .06 .03 .20 .56 .16 .18 .16
18	.11 .32 .26 .28 .20 .21 .11 .12 .21 .07 .11 .13 .21 .15
19	.17 .25 .39 .27 .29 .18 .10 .13 .30 .07 .23 .16 .21 .16 .28
20	.13 .14 .22 .23 .14 .14 .10 .13 .18 .08 .26 .18 .17 .12 .34 .23
21	.13 .45 .40 .39 .25 .22 .13 .18 .46 .07 .14 .14 .20 .14 .39 .40 .34
22	.15 .13 .18 .13 .20 .12 .08 .16 .23 .14 .11 .23 .30 .12 .18 .18 .18 .19
23	.20 .18 .17 .16 .19 .19 .09 .10 .13 .18 .07 .14 .28 .13 .19 .08 .21 .15 .41
24	.16 .08 .17 .14 .17 .14 .07 .08 .17 .14 .24 .10 .23 .21 .18 .18 .29 .23 .23 .34
25	.19 .31 .44 .23 .24 .22 .07 .17 .51 .22 .15 .18 .27 .25 .27 .38 .28 .50 .29 .27 .27
27	.17 .17 .23 .13 .23 .16 .08 .12 .18 .16 .22 .13 .26 .19 .22 .19 .29 .25 .27 .34 .54 .35
28	.14 .19 .10 .15 .09 .19 .13 .19 .15 .11 .02 .14 .12 .14 .11 .10 .12 .15 .20 .17 .17 .14 .22
	1 2 4 6 7 8 9 10 11 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 27

**NOTA:** a correlação entre os itens 2 e 14 apresenta orientação negativa.

Conforme se verifica á excepção da correlação entre o item 2 e 14 (valor negativo), a maioria dos itens estão correlacionados entre si de modo positivo, apresentando valores altamente significativos entre os itens 2 e 6, 2 e 21, 4 e 11, 4 e 25, 11 e 25, 16 e 25, 19 e 27. Enquanto que há itens que não se correlacionam entre si, como é o caso, das questões 1 e 6, 2 e 9, 2 e 14, 6 e 9, 6 e 13, 6 e 17, 7 e 10, 8 e 14, 10 e 13, 14 e 23 .Poder-se-á dizer que embora



diferentes constituem um conjunto homogéneo e de certa forma discriminativo das dimensões.

No sentido de conhecer as dimensões subjacentes, a validade de construto foi determinada através da análise factorial de componentes principais, seguida de uma rotação ortogonal de tipo varimax, sendo identificadas 8 factores que se assemelham, de modo razoável, às dimensões identificadas por Ensel e Woelfel (1986). Esses factores explicam uma parte considerável da variância, ou seja, 59.95%. Os quadros que se seguem mostram a constituição dos diferentes factores.

**QUADRO 48 – FACTOR 1: VÍNCULO DE APOIO AFECTIVO**

(10.10 % do total da variância explicada)			
Item	Descrição	Dimensão	Loading
		<b>VÍNCULO DE APOIO AFECTIVO</b>	
11	Não ter ninguém que se mostre ocupado com os seus problemas.		.79
25	Não ter alguém que compreenda os seus problemas.		.70
4	Não ter pessoas que o (a) possam apoiar.		.62
21	Não ter alguém que lhe demonstre amor e afecto.		.56
19	Não ter amigos íntimos suficientes.		.48

O **FACTOR 1** é o mais importante e transporta-nos para o domínio do apoio expressivo, uma vez que faz referência à relação afectiva num domínio íntimo ou particular e a um domínio social de suporte afectivo. Poder-se-á dizer que se constitui como um vínculo de apoio de tal forma forte e poderoso, sem o qual será difícil viver (Quadro 48). Salaria a importância do afecto, disponibilidade, compreensão de alguém íntimo ou próximo, que de certa forma possa amortizar os problemas e constituir um apoio social expressivo.

QUADRO 49 – FACTOR 2: INSATISFAÇÃO COM AS REALÇÕES ÍNTIMAS

(9.23% do total da variância explicada)			
Item	Descrição	Dimensão	Loading
		INSATISFAÇÃO COM AS RELAÇÕES ÍNTIMAS	
6	Não ter uma vida sexual satisfatória.		.72
18	Insatisfeito(a) com o seu estado civil (solteiro, casado, viúvo, divorciado ou outro).		.64
2	Falta de uma companhia íntima.		.62
20	Problemas com o conjugue (ex-conjuge; ...)		.58
21	Não ter alguém que lhe demonstre amor e afecto.		.55

O **FACTOR 2** é o segundo mais importante e transporta-nos para o domínio da insatisfação com as relações íntimas e respectivos problemas em particular, dado que faz referência ao tipo de partilha de experiências de vida com alguém íntimo, remetendo para sentimentos profundos como o amor e afecto, satisfação com a sexualidade e estado civil (Quadro 49). Será de prever que esta avaliação de apoio expressivo, seja diferente consoante os indivíduos são solteiros, casados, separados, divorciados ou viúvos.

QUADRO 50 – FACTOR 3: CONFLITO

(9.12 % do total da variância explicada)			
Item	Designação	Dimensão	Loading
		CONFLITO	
24	Problemas com familiares (sogros, cunhados, primos, ...).		.78
27	Conflitos com pessoas que lhe são chegadas.		.76
23	Haver pessoas a interagir na sua vida.		.58
22	Sentir-se dependente dos outros.		.43

O **FACTOR 3** salienta a percepção de apoio social expressivo no círculo da família e no meio social onde o indivíduo se movimenta (Quadro 50).

Por conseguinte, os desentendimentos familiares, os problemas de comunicação e relação com pessoas próximas e significativas para os sujeitos podem constituir um obstáculo à percepção de apoio social expressivo e afectarem a vida do indivíduo. Por outro lado, podem ser eventualmente indicadores de falta de apoio social instrumental.

QUADRO 51 – FACTOR 4: FALTA DE DINHEIRO

(8.11 % do total da variância explicada)			
Item	Designação	Dimensão	Loading
		FALTA DE DINHEIRO	
17	Não ter dinheiro suficiente a que possa recorrer.		.84
13	Não ter o dinheiro suficiente para fazer o que você quer.		.80
1	Problemas em gerir o dinheiro.		.61

O **FACTOR 4** evidência a importância do apoio instrumental ou material, nomeadamente das possibilidades económicas dos sujeitos, e de como é essencial para a sua sobrevivência (Quadro 51). Por exemplo, a falta de dinheiro poderá estar relacionada com a depressão e será de prever que afecte os indivíduos de classe baixa.

Relativamente aos quatro últimos factores obtidos, eles foram tomados em consideração em função do o que foi descrito por Simões (1994, 335): *Recordem-se, neste contexto, duas sugestões adicionais: quando um factor explicar pelo menos de 3% (Horman, 1977), ou 5%, da variância (Stevens, 1986) não deve ser eliminado.* Note-se que, o último componente ou factor do nosso estudo explica 5.18% e os valores dos *loadings* são altamente significativos (Quadro 52).

QUADRO 52 – FACTORES 5, 6, 7 E 8

Factor/ Variância explicada	Item	Descrição	Dimensão	Loading
<b>F5</b> (6.64%)			<b>CONTROLO EXTERIOR</b>	
	15	Não ter um trabalho satisfatório.		.74
	16	Sentir-se muito controlado pelos outros.		.59
	22	Sentir-se dependente dos outros.		.57
<b>F6</b> (6.13%)			<b>COMUNICAÇÃO</b>	
	7	Ter problemas de comunicação com os outros.		.70
	8	Não estar frequentemente com as pessoas de que mais gosta.		.60
<b>F7</b> (5.41%)			<b>AUTONOMIA</b>	
	9	Decidir como gastar dinheiro.		.73
	10	Não ter responsabilidades suficientes.		.64
	28	Não ser capaz de ir a algum lado por falta de meio de transporte.		.45
<b>F8</b> (5.18%)			<b>PROBLEMAS COM CRIANÇAS</b>	
	14	Problemas com as crianças.		.74

Os **FACTORES 5, 6, 7 e 8** explicam no seu conjunto 23.36% do total da variância explicada, remetendo-nos as dimensões do controlo exterior, autonomia e comunicação isto é, para o domínio quer do apoio instrumental e quer do apoio expressivo (Quadro 52).

A satisfação profissional é importante para a conquista da autonomia e realização pessoal. Saliente-se no entanto que, de certo modo, os humanos apresentam uma necessidade de depender de alguém ao longo da sua vida e de forma diferente em cada etapa, seja nas vertentes afectiva, económica, social e de saúde. Ao mesmo tempo, surge o perigo dessa dependência poder por em causa a autonomia do sujeito, surgindo demasiadas interferências (problemas de comunicação) que colocam em risco o poder de escolha e a sua liberdade. Consequentemente, pode manifestar-se uma

incapacidade de perceber apoio, pedir e/ou aceitar apoio e até, identificar que tipo de suporte precisa.

Verificou-se que, em particular, os FACTORES 1, 2 e 4 são comuns à escala inicial. Saliente-se ainda que a análise factorial realizada inclui todos os itens da escala, o que quer dizer que o instrumento mede o que pretende medir.

#### **9.4.4. CONTEXTOS, TEMPO DE APLICAÇÃO, PROCEDIMENTOS DE COTAÇÃO**

A IESSS (v. 24 itens) pode ser administrada individualmente ou em grupo. Não existe limite de tempo para finalizar o preenchimento da escala, levando uma média de 8 minutos a preencher, dependendo do nível de escolaridade dos indivíduos. Cada item é cotado numa escala de 0 a 4 pontos. A pontuação total varia de 0 a 96 pontos.

#### **9.5. PARÂMETROS POSSÍVEIS DE INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS**

A interpretação dos resultados deve ir no sentido de que quanto maior a pontuação, maior o apoio social e instrumental percebido pelo indivíduo na escala global e para cada um dos factores apresentados. Através de uma análise dos itens foram excluídos 4, sendo seleccionadas 24 questões, pelo que na versão portuguesa (v. 24 itens) com a amostra A2 (N=790) obteve-se uma média de 34.06, um desvio padrão de 6.95, com mínimo 0 e máximo de 48. Conforme Gorsuch (1983, *cit.* Snyder *et al.*, 1996, 324) a extracção de

variâncias de 40% a 50% reflectem uma estrutura de factor do impacto substancial de escalas de auto-resposta. Considerando o total da percentagem da variância explicada obtida (59.95%), dever-se-ão considerar como pertinentes as informações de percepção individual de apoio social instrumental e expressivo fornecidas a partir do **FACTOR 1** (Vínculo Afectivo), **FACTOR 2** (Insatisfação com as Relações Íntimas), **FACTOR 3** (Conflito) e **FACTOR 4** (Falta de Dinheiro).

## 9.6. ANÁLISE CRÍTICA

Uma das vantagens desta escala é que ela, ao contrário de outros instrumentos de avaliação de apoio social, se baseia num modelo teórico explícito que delimita o tipo de suporte e o caracteriza, ao mesmo tempo que considera *o apoio social na perspectiva do sujeito*, isto é, permite assinalar como o indivíduo se observa a si próprio em termos de apoio social instrumental e expressivo, e não como é visto por estranhos, permitindo desta forma a oportunidade de cada pessoa poder expressar a sua percepção de suporte e a forma como o sente. É de salientar que, para além de apresentar características psicométricas bastante satisfatórias, a sua administração é fácil e rápida.

Relativamente à consistência interna, se um teste for utilizado em contextos de investigação um coeficiente de .70 é suficiente, contudo se é utilizado na prática psicológica em domínios de tomada de decisão, é necessário um coeficiente mínimo de .90 (Nunnally, 1978; Kline, 1986; cit. Simões, 1994).

No estudo do instrumento de avaliação da percepção de suporte social instrumental efectuado obteve-se um valor de alpha de Cronbach de .84, embora não seja um valor muito bom ( $\alpha \geq .90$ ) é no entanto um valor positivo e até bom ( $\alpha \geq .80$ ) Por conseguinte, a IESSS adaptada à população portuguesa (v. 24 itens), poderá ser aplicada para fins de investigação mas num contexto de tomada de decisão deverá ser feito com o devido cuidado ou reserva (Simões, 1994).

A IESSS adaptada á população portuguesa constitui um contributo viável para o encontro de instrumentos psicológicos capazes de medir apoio social na prática psicológica, nomeadamente em Psicologia da Saúde.

A relação desta escala com outros instrumentos que avaliem outras dimensões da personalidade ou que vão no mesmo sentido da IESSS será efectuado no Capítulo 11, que tem como objectivo os estudos de validade concorrente e predictiva.

## **CAPÍTULO 10**

### **ESTUDO EMPÍRICO PRELIMINAR: ESTUDOS PSICOMÉTRICOS DOS INSTRUMENTOS (ESTUDO – 5)**

#### **10. ADAPTAÇÃO DE INSTRUMENTOS PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA (ESTUDO 5)**

##### **10.1. DESIGNAÇÃO**

*General Health Questionnaire* (v. 12 itens) (G.H.Q.)(Goldberg, 1978)

##### **10.2. INDICAÇÕES**

O G.H.Q. avalia a percepção que o indivíduo apresenta da sua saúde de um modo geral, face aos acontecimentos de vida recentes, e tem sido aplicado a populações de adultos.

##### **10.3. APRESENTAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO**

No ano de 1948 a organização OMS define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, emocional, interpessoal e social e não



apenas a ausência de doença, colocando em causa o modelo biomédico vigente até a essa altura.

A partir do Relatório Lalonde (1974) a saúde foi finalmente reconhecida como um estado distinto da doença, que possibilitou abordagens diferentes destes contextos, isto é, os dois estados estariam colocados em extremos opostos de um contínuo hipotético, onde as pessoas se podiam posicionar.

Nesta nova relação Saúde–Doença, está implícita uma perspectiva de desenvolvimento, sugerindo a possibilidade de uma intervenção ao nível dos indivíduos e das comunidades, na direcção da saúde. Assim, os indivíduos que não estavam doentes passam a ser alvo de uma atenção especial, facto que não se verificava até à Segunda Revolução de Saúde.

Uns anos mais tarde a carta de Ottawa em 1986 surge com um novo conceito de desenvolvimento de saúde, designado Promoção de Saúde, que é definido como o processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e para a melhorar (Ribeiro, 1996, 185); logo, está implícito que a saúde se pode desenvolver ao longo do ciclo de vida. A partir destes avanços no domínio da saúde e da reconstrução dos conceitos de saúde e de doença, surgiram vários instrumentos psicológicos, destacando-se o de Goldberg. O *General Health Questionnaire* (GHQ) foi criado por Goldberg em 1972, no sentido de tentar compreender melhor as possíveis relações que se estabelecem entre as emoções negativas e as condições em que elas se desencadeiam.

Existia na época uma preocupação dos investigadores no estudo de um factor geral de personalidade, que ligasse as características emocionais

dos indivíduos tais como a depressão, ansiedade e preocupação, sintomas como as enxaquecas, insónia e exaustão, sentimentos de uma personalidade desadaptada e/ou dependente, esgotamento nervoso (Argyle, 1987).

O GHQ surgiu como uma medida satisfatória, válida, que se encontra bem relacionada com outros instrumentos de avaliação psicológica, e que permite discriminar entre os indivíduos doentes e os outros. Foi largamente utilizado na investigação inglesa apresentando três versões, de 60, 30 e 12 itens; sendo a mais curta de fácil administração e indicadora dos efeitos da classe social, desemprego e outras variáveis de saúde mental relacionadas com a angústia percebida pelos indivíduos (Argyle, 1987).

A versão do GHQ com 12 itens foi apresentada por Goldberg em 1978 (Goldberg & Williams, 1988, 1991). Trata-se de uma escala de tipo *Likert* em que se solicita a cada indivíduo que responda aos pontos de interrogação do questionário a partir de 4 categorias (0= *agree strongly* até 4), apresentando a nota mínima de 0 e a máxima de 48 pontos. Os itens 1, 3, 4, 7, 8, e 12 são reversos.

As questões são apresentadas com uma breve introdução, apelando para que uma pessoa responda às questões em função do seu presente recente. O questionário vai no sentido de que quanto maior for a nota global maior é a saúde geral percebida pelo indivíduo.

O GHQ na sua versão inicial é um dos instrumentos de auto-avaliação mais utilizados para avaliar saúde, tendo como objectivo principal a detecção de perturbações gerais, não psicóticas, em pessoas atendidas em consultas externas hospitalares ou em clínica geral (Garyfallos *et al.*, 1991).

Os resultados obtidos através de várias investigações efectuadas até à data permitiram chegar á conclusão de que o GHQ deve ser validado para populações específicas, sejam elas clínicas ou não clínicas. Várias investigações têm sido efectuadas com o objectivo de estudar as suas características psicométricas, os resultados obtidos têm confirmado a sua fidelidade em diferentes populações e perturbações (Miguel, Carvalho & Batista, 1999).

Carvalho e Batista (1999) avaliaram as características psicométricas do GHQ de Goldberg (1978) da versão com 60 itens, para a população portuguesa; a partir da análise factorial obtiveram-se seis factores e relativamente à consistência interna foi encontrado um *alpha* de Cronbach para o total do questionário de .92, variando as sub-escalas entre .60 e .91. Utilizando uma amostra de 306 estudantes universitários, os autores encontraram diferenças de género em relação às várias dimensões da saúde, no sentido dos participantes do sexo feminino relatarem menor saúde geral. O questionário mostrou associações positivas e estatisticamente significativas com a *Depression Anxiety and Stress Scales* (DASS, Lovibond & Lovibond, 1995) e com o *Short Form Health Questionnaire* (SF-36, Ware *et al.*, 1993).

## 10.4. CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS REALIZADOS EM PORTUGAL

### 10.4.1. DATA E OBJECTIVOS

A versão portuguesa do *General Health Questionnaire* (v. 12 itens) (GHQ) foi objecto de um estudo que decorreu nos anos de 1997 e 1998.

O objectivo principal deste estudo foi a adaptação para a população portuguesa do GHQ.

#### 10.4.2. POPULAÇÃO, AMOSTRA E METODOLOGIA

O procedimento de adaptação foi realizado de acordo com o descrito no capítulo 5 de forma a respeitar a validade de conteúdo. Foram utilizadas duas amostras A1 (n=132) e A2 (n=790), já caracterizadas anteriormente. Na primeira foi observada a estabilidade temporal do instrumento e na segunda foram realizados os estudos psicométricos.

QUADRO 53 – CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRAS A1 E A2			
	AMOSTRA A1 (T1) (n=132)	AMOSTRA A1 (T2) (n=132)	AMOSTRA A2 (n=790)
MINIMO	21	20	20
MÁXIMO	55	54	60
MÉDIA	40.02	40.48	42.19
DESVIO PADRÃO	6.77	6.41	6.65

No Quadro 53 são apresentados os valores mínimos, máximos, média e desvio padrão da amostra A1 no primeiro tempo (T1) e passado mês e meio em (T2) e da amostra A2, em relação à saúde geral. Como se pode observar os valores obtidos são semelhantes nas amostras A1(T1) e A1(T2). A amostra A2 apresenta um escore ligeiramente superior às duas passagens de A1; mostrando que os indivíduos deste grupo percebem mais saúde do que os outros. Os indivíduos dos respectivos grupos [A(T1), A(T2) e A2]

manifestam um escore de saúde geral ligeiramente superior à média do valor possível de obter com este questionário.

Note-se, que os valores médios não podem ser comparados com os da escala original visto que se optou, na versão portuguesa apresentada neste estudo, por 5 posições (1=absolutamente verdadeiro; 2=verdadeiro; 3=indiferente; 4=falso; 5=absolutamente falso), oscilando a pontuação entre o mínimo de 12 e o máximo de 60 pontos.

No estudo da homogeneidade dos itens, os autores defendem que estes devem *ser capazes de captar aspectos diversos do mesmo atributo* isto é, deverão constituir um todo homogéneo (Streiner, & Norman, cit. Vaz Serra, 1994, 53). Neste seguimento, o estudo da homogeneidade dos itens foi realizado da maneira seguinte:

- Correlação teste/reteste como medida de estabilidade temporal, determinada por uma correlação de Pearsom entre as notas globais em T1 e T2.
- Análise da consistência interna/fidelidade a partir da determinação do Coeficiente de Searman-Brown, Guttman, Alpha de Cronbach e correlações das metades (*Split-half correlation*).
- Determinação do Coeficiente  $\alpha$  de Cronbach para o conjunto da escala após irem sendo extraídos, um a um, os vários itens.
- Determinação do t-student para a comprovação de que a escala não é sensível às diferenças de sexo.
- Determinação da matriz de Correlação de Spearman.

As dimensões subjacentes do GHQ (v.12 itens) na adaptação portuguesa foram detectadas através da determinação de análise factorial de componentes principais, seguida de uma rotação ortogonal de tipo varimax, com um eigenvalue  $\geq 1$ .

#### 10.4.3. DADOS PSICOMÉTRICOS

##### ANÁLISE DOS ITENS

O quadro que se segue mostra-nos as correlações entre cada questão e a nota global quando esta contém o próprio item ou este é excluído. De acordo com Vaz Serra (1994) quando a nota global contém o próprio item a correlação é inflacionada; logo, as correlações mais relevantes são aquelas que dizem respeito à correlação do item com a nota global quando esta não contém esse item específico (Quadro 54).

Ao observarmos as correlações obtidas entre cada item e a nota global do questionário, quando esta contém o próprio item e quando este é excluído, verificamos que estas variam entre .50 e .71, no primeiro caso, e .34 e .62, no último. Refira-se ainda que todos os itens apresentaram correlações positivas e significativas com o total da escala.

O valor mais baixo encontrado para a correlação quando esta não contém o item (índice de fiabilidade mais fidedigno, já que a nota não é inflacionada) é de .34 para o item 2 (*Tem perdido o sono por estar preocupado(a) ?*). O valor mais elevado observado para a correlação quando esta não contém o item é de .62 e foi encontrado nas questões 9 (*Tem-se sentido triste ou deprimido(a) ?*) e

10 (*Tem perdido confiança em si próprio(a) ?*); por conseguinte, são as questões que mais aumentam em intensidade quando sobe a saúde geral avaliada pelo instrumento em estudo.

QUADRO 54 – ESTUDO DOS ITENS

Item	Média	R item-total	R item-total (s/ item)	$\alpha$
1	3.71	.61	.52	.810
2	3.02	.49	.34	.829
3	3.60	.54	.45	.816
4	3.88	.50	.39	.819
5	2.86	.49	.35	.826
6	3.44	.68	.60	.803
7	3.60	.60	.51	.811
8	3.84	.58	.50	.812
9	3.14	.72	.62	.799
10	3.66	.70	.61	.801
11	3.98	.64	.55	.807
12	3.79	.53	.43	.816

NOTA: \*p< .05; \*\*p<.01 e \*\*\*p< .000

Conforme Stevens (1996, *cit.* Canavarro, 1999) os valores de  $\alpha$  , que mede a variância devido à heterogeneidade, devem situar-se entre .7 e .8. No caso do GHQ, os valores de  $\alpha$  (quer dos diversos itens do inventário quer do valor global da escala) embora ligeiramente superiores a .8, não o ultrapassam, pelo que se pode considerar que estão dentro do intervalo.

Através do Quadro 54 também podemos observar os valores do alpha de Cronbach para todos os itens do questionário quando o item assinalado é excluído. Verifica-se que na maioria das questões, quando são excluídas, o  $\alpha$  desce, o que significa que melhoram a homogeneidade da escala quando estão presentes.

Somente as questões 2 (*Tem perdido o sono por estar preocupado(a) ?*) e 5 (*Tem-se sentido constantemente sob pressão ?*) revelaram que o  $\alpha$  subia quando

retiradas; visto que se correlacionam **acima de .20** com a nota global, quando esta não contém o item, não foram excluídas pois, aceita-se que são bons todos os itens nestas condições (Streiner & Norman, 1989, cit. Vaz Serra, 1994, 69; Nunnally, 1978; Canavarro, 1999, 10). Dum modo geral, os dados obtidos são abonatórios da boa homogeneidade dos itens.

Através da amostra A1(N=132) avaliámos a estabilidade temporal do questionário e verificámos que as correlações de Pearson entre os valores obtidos do questionário nas duas passagens, nos tempos T1 e T2, foi de .58, o que quer dizer que se atingiu um nível de  $p < .000$  (\*\*\*\*); o que indica uma correlação significativa mas não totalmente reveladora de uma franca estabilidade do instrumento em estudo (Simões, 1994).

Sabemos que o teste/reteste é uma medida de estabilidade temporal que pretende mostrar que um instrumento psicológico avalia traços de personalidade (que se mantém). Conforme foi referido anteriormente, o GHQ pretende ser sensível aos indivíduos doentes e aos saudáveis, o que quer dizer que se trata de um questionário que mede um estado (que se modifica) devido á instabilidade emocional dos indivíduos, mais ou menos marcada.

Um factor que pode intervir negativamente na avaliação da precisão do questionário é a grande variabilidade intra-individual, nomeadamente a instabilidade dos componentes que uma personalidade pode apresentar ao longo da sua vida ou simplesmente num ano.

De acordo com Bech (1992, cit. Vaz Serra, 1994) *O método teste-reteste não é relevante (como medida de fiabilidade nas escalas para medir depressão)... pois as pontuações têm tendência a variar, no período entre dois testes, devido á flutuação de sintomas (55-56)*. Saliente-se ainda que estamos



diante de uma amostra da população normal, o que quer dizer que, em termos de resultados, é muito mais instável do que se fosse uma população doente.

No que diz respeito à saúde geral percebida em função da variável sexo, verificou-se que na amostra A2(N=790) o grupo de Homens (N=310, média= 43.65,  $\sigma$ = 6.28) e o grupo das Mulheres (N= 480, média= 41.25,  $\sigma$ = .6.71) revelaram-se diferentes ( $t$ = 5.10;  $gl$ = 690.1;  $p$ =.000) denotando-se que os indivíduos do sexo masculino se percebem mais saudáveis do que os do sexo feminino.

### ESTUDOS NO ÂMBITO DA PRECISÃO

No que se refere à consistência interna, os resultados revelaram um coeficiente alpha de Cronbach de .83 para o total do GHQ (v.12 itens). Como se pode observar através do Quadro 55 , no seu conjunto os valores de consistência interna obtidos são bastante satisfatórios, abonatórios de uma boa consistência interna do instrumento de avaliação de saúde geral.

**QUADRO 55 – CONSISTÊNCIA INTERNA**

Coeficiente de Cronbach	.83
Coeficiente de Spearman-Brown	.81
Correlação <i>Split-half</i>	.68
Coeficiente de Guttman (Rullon)	.81

A média dos itens “Par” é ligeiramente superior às das questões “Ímpar”, tal como pode ser observado no quadro que a seguir se apresenta.

Contudo, é de esperar uma diferente distribuição da frequência dos itens, quando se procura que estes avaliem aspectos diferentes de um mesmo atributo (Quadro 56).

QUADRO 56 – ITENS			
Par		Ímpar	
Média	DP	Média	DP
22.00	3.72	20.50	3.42

### ESTUDOS RELATIVOS À VALIDADE

O Quadro 57 apresenta os resultados da Matriz de correlações de Spearman obtidas para todas as questões do GHQ (v.12 itens). Conforme se verifica todos os itens estão correlacionados entre si de modo positivo, apresentando valores altamente significativos entre os itens **1 e 9**, **1 e 10**, **4 e 10**. Enquanto que há itens que não se correlacionam entre si, como é o caso das questões **3 e 5**, e **4 e 5**. Podemos adiantar que, embora diferentes, constituem um conjunto homogéneo e de certa forma discriminativo das dimensões.

No sentido de conhecer as dimensões subjacentes, a validade de constructo foi determinada através da análise factorial de componentes principais, seguida de uma rotação ortogonal de tipo varimax.

Obtivemos dois factores explicando o primeiro 29.04%, e o segundo 20.34%, o que dá um total de 49.42% da variância explicada. Os quadros que se seguem mostram a constituição dos diferentes factores, no que diz respeito aos itens seleccionados, seu significado, dimensão e *Loading*.

QUADRO 57 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES

2	.12										
3	.39	.06									
4	.40	.08	.36								
5	.14	.39	.07	.01							
6	.35	.29	.27	.26	.34						
7	.40	.13	.40	.28	.21	.32					
8	.39	.11	.32	.47	.10	.33	.42				
9	.31	.40	.26	.21	.43	.47	.38	.30			
10	.35	.27	.29	.29	.25	.49	.38	.36	.51		
11	.31	.19	.35	.35	.16	.42	.34	.40	.38	.57	
12	.32	.13	.30	.30	.13	.28	.34	.36	.34	.34	.34
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

QUADRO 58 – FACTOR 1: ACONTECIMENTOS DE VIDA E AUTO-ESTIMA

(29.04 % do total da variância explicada)

Item	Descrição	Dimensão	Loading
		Acontecimentos de Vida e Auto-Estima	
8	Tem sido capaz de enfrentar os seus problemas ?		.71
4	Tem sido capaz de tomar decisões ?		.69
1	Ultimamente, tem sido capaz de se concentrar naquilo que faz ?		.67
3	Tem sentido que tem uma participação útil nos acontecimentos ?		.66
11	Tem-se considerado uma pessoa sem valor ?		.61
7	Tem sentido prazer nas suas actividades diárias ?		.61
12	Apesar de tudo, tem-se sentido razoavelmente feliz ?		.57
10	Tem perdido confiança em si próprio(a) ?		.52

O **FACTOR 1** é o mais importante e faz referência á influência que os acontecimentos de vida e a auto-estima de uma personalidade em devir podem ter na construção do seu próprio bem-estar (Quadro 58). Destaca-se a saúde como uma capacidade para enfrentar os acontecimentos de vida, tanto normativos como os não normativos, ao mesmo tempo que os acontecimentos

de vida podem afectar ou ameaçar a saúde do indivíduo – daqui resulta um mecanismo de reciprocidade. Por outro lado, a saúde faz parte da vida das pessoas, pelo que é hoje considerada numa perspectiva de desenvolvimento; assim, existe um especial destaque para a capacidade de participação do indivíduo na construção da sua saúde, em função da sua auto-estima. Por conseguinte, a inadequação pessoal de uma personalidade, a sua baixa auto-estima podem por em risco a sua saúde geral.

QUADRO 59 – FACTOR 2: DEPRESSÃO

(20.38 % do total da variância explicada)			
I			
tem	Descrição	Dimensão	Loading
		DEPRESSÃO	
5	Tem-se sentido constantemente sob pressão ?		.77
9	Tem-se sentido triste ou deprimido(a) ?		.73
2	Tem perdido o sono por estar preocupado(a) ?		.73
6	Tem sentido que não consegue ultrapassar as suas dificuldades ?		.60

O **FACTOR 2** é o segundo mais importante e transporta-nos para o domínio das emoções negativas e suas circunstâncias (ansiedade, angústia, preocupação, sintomas físicos), que podem por em causa o bem-estar do indivíduo e, por conseguinte, ameaçar a sua saúde geral. Um destaque particular para o risco de depressão (Quadro 59).

#### 10.4.4. CONTEXTOS, TEMPO DE APLICAÇÃO, PROCEDIMENTOS DE COTAÇÃO

O GHQ (v. 12 itens) pode ser administrado individualmente ou em grupo. Não existe limite de tempo para finalizar o preenchimento do questionário, levando o seu preenchimento uma média de 6 minutos; dependendo do nível de escolaridade dos indivíduos. Cada item é cotado numa escala de 1 a 5 pontos. A pontuação total varia entre 12 a 60 pontos.

#### 10.5. PARÂMETROS POSSÍVEIS DE INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A interpretação dos resultados deve ir no sentido de que quanto maior a pontuação, maior a saúde geral percebida pelo indivíduo na escala global e para cada um dos dois factores apresentados.

Através da análise do t de Student verificou-se que os homens percebiam mais saúde geral do que as mulheres, pelo que tal facto, deverá ser tomado em consideração na aplicação do questionário em investigações futuras [(**H**– média = 43.65,  $\sigma$  =6.28) e (**M**– média = 41.25,  $\sigma$ =6.71)].

De acordo com Gorsuch (1983, *cit.* Snyder *et al.*, 1996, 324) podemos observar que a variância encontrada (49.42%) se encontra entre o intervalo considerado pelos autores (40% a 50 %). Logo, podemos dizer que reflecte uma estrutura de factor e por conseguinte as informações recolhidas a partir do **FACTOR 1** (Acontecimentos de Vida e Auto-Estima) e o **FACTOR 2** (Depressão) podem revelar-se muito úteis, para um melhor conhecimento da saúde dos

indivíduos e possível actuação na prevenção do risco e na promoção de comportamentos salutareos.

## 10.6. ANÁLISE CRÍTICA

O GHQ (v.12 itens) para além de apresentar características psicométricas bastante satisfatórias, a sua administração é fácil e rápida. Por outro lado dá a possibilidade ao indivíduo de mostrar como se observa a si próprio, e não como é visto por estranhos, permitindo que cada personalidade expresse a sua saúde geral.

No que diz respeito à consistência interna considera-se que se um teste for utilizado em contextos de investigação um coeficiente de .70 é *suficiente*; contudo se é utilizado na prática psicológica em domínios de tomada de decisão é necessário um coeficiente mínimo de .90 (Nunnally, 1978; Kline, 1986, *cit*, Simões, 1994).

Na investigação efectuada sobre saúde geral, o questionário utilizado apresentou um valor positivo de alpha de Cronbach igual a .83; que pode ser considerado de bom. O valor está compreendido dentro do intervalo considerado isto é, embora não seja um valor *muito bom* ( $\alpha \geq .90$ ) é superior ao *suficiente* ( $\alpha \geq .70$ ). Mostrando-se um valor positivo poderá ser considerado até de *bom* (80), o que quer dizer que o GHQ (v.12 itens) adaptado à população portuguesa poderá ser utilizado para fins de investigação; mas num contexto de tomada de decisão, deverá ser aplicado com o devido cuidado ou reserva .

O GHQ (v.12 itens) adaptado á população portuguesa constitui um contributo importante para a avaliação de saúde, quer para fins de

investigação quer na prática psicológica, nomeadamente em Psicologia da Saúde. A investigação sobre este questionário continua no Capítulo 11 onde poderão ser observados os estudos de validade concorrente e predictiva.

## CAPÍTULO 11

# A CONSTRUÇÃO DO STOCK DE SAÚDE

### (ESTUDO – 6)

## 11. A CONSTRUÇÃO DO STOCK DE SAÚDE (ESTUDO 6)

O coeficiente de correlação é geralmente utilizado como uma medida da relação entre duas variáveis, ou seja, em que medida se inter-relacionam. Entre outros aspectos, é conveniente salientar que a intensidade da relação entre duas variáveis depende da natureza do assunto estudado (Santos;1993).

Conforme Vaz Serra (1994) a partir da correlação de Pearson entre as escalas de um determinado estudo, obtemos a medida do *coeficiente de validade concorrente* que se estabelece entre ambas as escalas. Considera-se que uma correlação positiva e altamente significativa é abonatória da *validade do constructo* e aceita-se que se duas escalas se correlacionam mutuamente com o coeficiente de correlação  $\geq .70$ , medem a mesma dimensão, pelo que, apresentam *validade concorrente* (Bech, 1992, cit. Vaz Serra, 1994; 82).

A intensidade da relação entre duas variáveis, ou seja, de que forma a variação de uma afecta a outra, remete-nos para o *coeficiente de regressão*; que mede o modo como uma variação independente é o reflexo de variações da variável dependente. Enquanto o *coeficiente de correlação*



***descreve o nível de relação; o coeficiente de regressão prevê o efeito médio daquela relação.***(Santos, 1993, 118).

No sentido de conhecer as relações entre os diversos instrumentos estudados no corrente trabalho – entre si e com outros instrumentos de avaliação psicológica já utilizados para a população portuguesa – e inferir algumas previsões, realizaram-se correlações de Pearson e regressões *stepwise*, cujos resultados se apresentam nos pontos seguintes. Através do conhecimento das relações entre as variáveis, podemos também observar a validade convergente e divergente dos instrumentos utilizados.

### 11.1. O INDICADOR DE BEM-ESTAR SUBJECTIVO

A partir do Quadro 60 podemos constatar que as variáveis consideradas se correlacionam entre si de forma positiva, na sua maioria consideravelmente significativa visto que se apresentam valores de  $p < .000$ . Destaque particular para as relações mais elevadas estabelecidas entre as notas globais de IESSS e EFSV ( $r=.48$ ); LOT-R e GHQ ( $r=.41$ ); ESV e EFSV ( $r=.52$ ); e SHS e GHQ ( $r=.42$ ). As correlações mais baixas, embora ainda significativas, verificaram-se entre IESSS e LOT-R ( $r=.21$ ); IESSS e SHS ( $r=.23$ ); LOT-R e ESV ( $r=.26$ ); e LOT-R e EFSV ( $r=.25$ ). Podemos dizer que o apoio social instrumental e expressivo relaciona-se de modo altamente significativo com a satisfação com a fontes e de maneira menos importante com a esperança que o indivíduo apresenta num determinado momento da sua existência. Por sua vez, a esperança estado denota ter implicações muito positivas na saúde global do

indivíduo. A avaliação da satisfação com a vida em geral realizada pelo ESV vai no mesmo sentido que a avaliação realizada pela EFSV (validade concorrente), pelo que se encontram em sintonia em relação à medida de bem-estar subjectivo. Podemos ainda salientar que o optimismo é muito importante para a saúde geral, mas de valor moderado para o apoio social instrumental e expressivo, satisfação com a vida em geral e satisfação com as fontes.

**QUADRO 60 – CORRELAÇÕES DE PEARSON ENTRE AS NOTAS GLOBAIS DAS DIMENSÕES**  
(apoio social; satisfação com a vida; satisfação com as fontes; saúde geral; esperança; optimismo)

	ISSS	p	LOT-R	p	ESV	p	EFSV	p	SHS	p
<b>LOT-R</b>	.21	***								
<b>ESV</b>	.32	***	.26	***						
<b>EFSV</b>	.48	***	.25	***	.52	***				
<b>SHS</b>	.23	***	.36	***	.31	***	.36	***		
<b>GHQ</b>	.36	***	.41	***	.32	***	.36	***	.42	***

NOTA: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ , e \*\*\*  $p < .001$

No presente trabalho a preocupação principal está circunscrita a um melhor conhecimento do bem-estar subjectivo através da investigação de constructos que poderão participar activamente na construção e desenvolvimento de saúde. A previsão das capacidades salutareis foi realizada através de sucessivas análises de regressão *septwise*, em que colocámos cada tipo de capacidade como variável dependente e os outros factores de saúde como variáveis independentes.

Juntámos sempre a idade e comprovámos que esta não constitui um factor preditivo de saúde, apoio social, esperança, optimismo, satisfação com a vida e suas fontes. As análises efectuadas apresentaram valores

significativos que são um dado abonatório para a veracidade do indicador de saúde como instrumento útil na prevenção e promoção de saúde.

Através da análise das várias regressões de *stepwise* efectuadas (das quais apresentamos sempre a última), a que obteve um coeficiente de determinação mais elevado e seleccionou todos os constructos considerados foi a saúde geral (GHQ), em que  $R^2$  indica que os factores explicam 32.8% da variância (Quadro 61).

QUADRO 61 – ANÁLISE DE REGRESSÃO *STEPWISE* PARA SAÚDE GERAL

VARIÁVEL DEPENDENTE: GHQ (SAÚDE GERAL)			
VARIÁVEIS INDEPENDENTES	COEFICIENTE DE REGRESSÃO NÃO PADRONIZADO	COEFICIENTE DE REGRESSÃO PADRONIZADO	P (2 caudas)
Constante	14.988		
IESSS	.104	.204	.000
LOT-R	.424	.244	.000
ESV	.745	.072	.042
EFSV	.116	.093	.012
SHS	.428	.228	.000
ANÁLISE DA VARIÂNCIA			
GL	F	P	
5	76.521	.000	
784			
COEFICIENTE DE DETERMINAÇÃO: 32.8%			

A satisfação com a vida em geral também seleccionou todos os constructos e apresenta um  $R^2$  de 31.2% (Quadro 62). As fontes de satisfação apresentaram um  $R^2$  de 37.9% (Quadro 63); a esperança estado um  $R^2$  de 26.6% (Quadro 64); no apoio social e instrumental e expressivo observa-se um  $R^2$  de 24.0% (Quadro 65); e por último, o optimismo com um  $R^2$  de 22.1% (Quadro 66). Como pode ser observado a partir do Quadro 61 a **saúde geral** como o indivíduo a considera, parece ser determinada na razão directa do apoio social

instrumental e expressivo, optimismo disposicional, esperança estado fontes de satisfação de vida e satisfação com a vida em geral; constituindo as variáveis independentes um conjunto de factores predictores de saúde geral. Esta constatação e as outras, obtidas nos quadros seguintes permitem-nos inferir um marcador, que vai no sentido de um Indicador de Bem-Estar Subjectivo (IBES), que poderá ser esquematizado a partir da fórmula seguinte:

[ **IBES** = **ASIE** (*apoio social instrumental e expressivo*) + **OD** (*optimismo disposicional*) + **SVG** (*satisfação com a vida em geral*) + **SFV** (*satisfação com as fontes de vida*) + **EE** (*esperança estado*) + **SG** (*saúde geral*) ].

**QUADRO 62 – ANÁLISE DE REGRESSÃO STEPWISE PARA SATISFAÇÃO COM A VIDA**

VARIÁVEL DEPENDENTE: ESV (SATISFAÇÃO COM A VIDA EM GERAL)			
VARIÁVEIS INDEPENDENTES	COEFICIENTE DE REGRESSÃO NÃO PADRONIZADO	COEFICIENTE DE REGRESSÃO PADRONIZADO	P (2 caudas)
Constante	.202		
GHQ	.007	.073	.042
SHS	.015	.081	.020
LOT-R	.012	.074	.028
EFSV	.049	.407	.000
IESSS	.005	.098	.004
ANÁLISE DA VARIÂNCIA			
GL	F	P	
5	71.206	.000	
784			
COEFICIENTE DE DETERMINAÇÃO: 31.2%			

No Quadro 62 foi considerado como variável dependente a **satisfação com a vida em geral** e comprovou-se que está directamente relacionada com as fontes de satisfação de vida de modo particular, e ainda, vai no mesmo sentido

QUADRO 63– ANÁLISE DE REGRESSÃO STEPWISE PARA SATISFAÇÃO COM AS FONTES

VARIÁVEL DEPENDENTE: EFSV (SATISFAÇÃO COM AS FONTES)			
VARIÁVEIS INDEPENDENTES	COEFICIENTE DE REGRESSÃO NÃO PADRONIZADO	COEFICIENTE DE REGRESSÃO PADRONIZADO	P (2 caudas)
Constante	7.417		
GHQ	.074	.091	.006
SHS	.240	.159	.000
IESSS	.093	.227	.000
ESV	3.086	.369	.000
ANÁLISE DA VARIÂNCIA			
GL	F	P	
4	119.738	.000	
785			
COEFICIENTE DE DETERMINAÇÃO: 37.9%			

do apoio social, esperança, optimismo e saúde. Estes resultados constituem mais um dado abonatório da relevância de um indicador de bem-estar de uma personalidade, que eventualmente será importante na identificação e/ou prevenção de comportamentos de risco.

No estudo das **fontes de satisfação com a vida**, enquanto variável dependente, podemos observar que foram seleccionados quatro dimensões, que comprovam que a satisfação com as fontes percebida pelos indivíduos está relacionada de modo directo com a saúde, esperança, percepção de apoio social e satisfação com a vida em geral (Quadro 63).

Comprovou-se que os indivíduos com **esperança estado** apresentam saúde, optimismo e estão satisfeitos com a sua vida em geral e com as fontes geradoras de bem-estar (Quadro 64)

**QUADRO 64 – ANÁLISE DE REGRESSÃO STEPWISE PARA ESPERANÇA ESTADO**

VARIÁVEL DEPENDENTE: SHS (ESPERANÇA ESTADO)			
VARIÁVEIS INDEPENDENTES	COEFICIENTE DE REGRESSÃO NÃO PADRONIZADO	COEFICIENTE DE REGRESSÃO PADRONIZADO	P (2 caudas)
Constante	5.954		
GHQ	.132	.019	.000
ESV	.472	.202	.020
EFSV	.120	.024	.000
LOT-R	.178	.032	.000
ANÁLISE DA VARIÂNCIA			
GL	F	P	
4	71.188	.000	
785			
COEFICIENTE DE DETERMINAÇÃO: 26.6%			

**QUADRO 65 – ANÁLISE DE REGRESSÃO SPEPWISE PARA APOIO SOCIAL**

VARIÁVEL DEPENDENTE: ISSS ( APOIO SOCIAL INSTRUMENTAL E EXPRESSIVO)			
VARIÁVEIS INDEPENDENTES	COEFICIENTE DE REGRESSÃO NÃO PADRONIZADO	COEFICIENTE DE REGRESSÃO PADRONIZADO	P (2 caudas)
Constante	24.348		
ESV	2.227	.110	.003
EFSV	.672	.277	.000
GHQ	.460	.236	.000
ANÁLISE DA VARIÂNCIA			
GL	F	P	
5	82.713	.000	
786			
COEFICIENTE DE DETERMINAÇÃO: 22.1%			

Ao considerar o **apoio social** como variável dependente verificou-se que a satisfação com as fontes, saúde e a satisfação com a vida em geral são factores predictivos de suporte instrumental e expressivo (Quadro 65).

A partir do Quadro 66 podemos constatar que, quando o **optimismo disposicional** é colocado como variável dependente, são seleccionadas apenas três dimensões significativas, que comprovam que uma personalidade com uma orientação de vida positiva isto é, optimista, parece ser determinada na razão directa com a saúde, a esperança estado e satisfação com a vida em geral.

QUADRO 66 – ANÁLISE DE REGRESSÃO *STEPWISE* PARA ORIENTAÇÃO DE VIDA

VARIÁVEL DEPENDENTE: LOT-R (OPTIMISMO DISPOSICIONAL)			
VARIÁVEIS INDEPENDENTES	COEFICIENTE DE REGRESSÃO NÃO PADRONIZADO	COEFICIENTE DE REGRESSÃO PADRONIZADO	P (2 caudas)
Constante	1.547		
ESV	.584	.098	.004
GHQ	.168	.262	.000
SHS	.225	.209	.000

ANÁLISE DA VARIÂNCIA		
GL	F	P
3	74.159	.000
786		

COEFICIENTE DE DETERMINAÇÃO: 22.1%

Em conformidade com os dados obtidos, podemos adiantar a veracidade de um **Indicador de Bem-Estar Subjectivo [IBES]**, que permita conhecer e predizer de modo objectivo o desenvolvimento salutar de uma personalidade em devir. O IBES de um indivíduo ou de um grupo de indivíduos é obtido a partir de cinco vertentes: esperança, optimismo, saúde, satisfação com a vida e suas fontes e apoio social.

Saliente-se que, constatámos que os instrumentos (SHS; LOT-R; GHQ; ESFV, IESSS) da corrente investigação avaliam as dimensões que

pretendem medir. Por conseguinte, a sua aplicação parece oferecer confiança, o que permite recolher informações predictoras do bem-estar subjectivo de uma ou várias personalidades em devir; possibilitando acções individuais ou de grupo, no âmbito da prevenção de comportamentos de vertigem, promoção e educação para a saúde.

## 11.2. A CONSTELAÇÃO DE SAÚDE

No sentido de investigar as relações que se estabelecem entre cada um dos instrumentos utilizados neste estudo (GHQ; LOT-R; IESSS; SHS; EFSV) com outros que já têm sido aplicados à população portuguesa (ICAC; RF; LCS; IPC) realizaram-se correlações de Pearson e regressões *septwise*. Por um lado, testamos a validade de constructo e validade concorrente dos instrumentos adaptados para a população portuguesa e por outro, ficamos a compreender melhor as dimensões do bem-estar subjectivo; podendo até identificar algumas e conhecer as relações que estabelecem entre si.

A partir do Quadro 67 podemos observar correlações em sentido indirecto e directo, estatisticamente não significativas e significativas, apresentando as mais elevadas valores considerados moderados.

Dos valores encontrados convém reter o grau elevado ( $p < .000$ ) de consistência das relações que se estabelecem entre o apoio social instrumental e expressivo com o orgulho familiar da escala de Recursos Familiares ( $r = .38$ ); e a satisfação com as fontes e o orgulho familiar ( $r = .35$ ).



**QUADRO 67 – CORRELAÇÕES DE PERSON ENTRE AS NOTAS GLOBAIS DAS DIMENSÕES**  
(auto-conceito; recursos familiares; locus de controlo de saúde; IPC ; e as outras variáveis da investigação)

	IESSS	p	LOT-R	p	ESV	p	ESFV	p	SHS	p	GHQ	p
<b>ICAC</b>	.23	***	.26	***	.15	**	.25	***	.32	***	.32	***
<b>AR</b>	.26	***	.27	***	.24	***	.31	***	.26	***	.26	***
<b>AE</b>	.07	n.s.	.19	***	.14	**	.21	***	.24	***	.21	***
<b>RF</b>	.17	***	.03	n.s.	.07	n.s.	.15	***	.08	n.s.	.09	***
<b>OF</b>	.38	***	.20	***	.26	***	.35	***	.22	***	.29	***
<b>EF</b>	-.31	***	-.25	***	-.29	***	-.27	***	-.19	***	-.28	***
<b>LC</b>	-.05	n.s.	-.04	n.s.	-.12	n.s.	-.03	n.s.	.02	n.s.	-.08	n.s.
<b>OP</b>	.01	n.s.	.03	***	.06	n.s.	.08	n.s.	.11	**	-.05	n.s.
<b>I</b>	.01	n.s.	.18	***	.07	n.s.	.09	n.s.	.29	***	.21	***
<b>P</b>	-.22	***	-.31	***	-.14	**	-.18	***	-.26	***	-.32	***
<b>C</b>	-.16	***	-.30	***	-.10	n.s.	-.17	***	.19	***	-.30	***

Nota: \*p< .05; \*\*p<.01; \*\*\*p<.001

A análise das correlações apresentadas permite-nos inferir algumas reflexões no âmbito da validade convergente e divergente.

A **I.E.S.S.S.** mostrou estar em sintonia de forma directa com o ICAC ( $r=.23$ ) e seu o factor Aceitação/Rejeição Social ( $r=.26$ ); e o Orgulho Familiar ( $r=.38$ ) da escala de Recursos Familiares e nota global desta ( $r=.17$ ); e de forma inversa com o Entendimento Familiar ( $r=-.31$ ) da escala de Recursos Familiares, *P(Powerful Others)* ( $r=-.22$ ) e *C(Chance)* ( $r=-.16$ ) da escala IPC de Levenson, como era de esperar. Não se encontra correlacionado com a Auto-Eficácia do ICAC, com as duas dimensões da escala de Locus de Controlo de Saúde (Locus de Controlo e Outros Poderosos) e a dimensão I (Internalidade) da escala IPC de Levenson.

O **L.O.T-R.** apresenta relações muito significativas e positivas com ICAC ( $r=.26$ ), e suas dimensões a Auto-Eficácia ( $r=.19$ ) e a Aceitação/Rejeição Social ( $r=.27$ ), Orgulho Familiar ( $r=.20$ ), Internalidade ( $r=.18$ ); e relações significativas e negativas com Entendimento Familiar ( $r=-.25$ ), *P* ( $r=-.31$ ) e *C* ( $r=-.30$ ). Não se encontra relacionado com Recursos Familiares e Locus de Controlo de Saúde (LC e OP).

Os resultados revelaram que a **satisfação com a vida em geral** (uma das dimensões da EFSV), está correlacionada de modo positivo e bastante

significativo com o ICAC ( $r=.15$ ) e seus dois factores, a Auto-Eficácia ( $r=.14$ ) e a Aceitação/ Rejeição Social ( $r=.24$ ) e Orgulho Familiar ( $r=.26$ ); e de modo negativo com Entendimento Familiar ( $r=-.28$ ); CS ( $r=-.11$ ) e P ( $r=-.14$ ). Não estabelece nenhuma correlação significativa com a nota global da escala de Recursos Familiares, OP e C.

A **E.F.S.V.** apresenta relações muito significativas de orientação positiva com o ICAC ( $r=.25$ ) e os seus dois factores, Auto-Eficácia ( $r=.21$ ) e Aceitação/Rejeição Social ( $r=.31$ ); Orgulho Familiar( $r=.34$ ) e Recursos Familiares( $r=.15$ ); e de orientação negativa com Entendimento Familiar ( $r=-.27$ ); P( $r=-.18$ ) e C ( $r=-.17$ ). Não se encontra correlacionada de forma significativa com as dimensões da escala de Locus de Controlo de Saúde (LC e OP) e I da escala IPC de Levenson.

A **S.H.S.** correlações muito significativas e positivas com o ICAC ( $r=.32$ ) e seus dois factores AR ( $r=.26$ ) e AE ( $r=.24$ ), Orgulho Familiar ( $r=.22$ ), OP ( $r=.11$ ) e I ( $r=.29$ ); e correlações significativas e negativas com Entendimento Familiar ( $r=-.19$ ), P ( $r=-.26$ ) e C ( $r=-.19$ ). Não estabelece qualquer relação significativa coma nota global da escala de Recursos Familiares e LC.

Ao analisar as ligações entre o **G.H.Q.** e os outros instrumentos verificamos que se encontra relacionado de modo muito significativo e positivo como ICAC ( $r=.32$ ), e seus dois factores AR ( $r=.26$ ) e AE ( $r=.21$ ), Orgulho Familiar ( $r=.29$ ) e Internalidade ( $r=.21$ ); e de forma negativa com o Entendimento Familiar ( $r=-.28$ ), P ( $r=-.32$ ) e C ( $r=-.29$ ). Não estabelece relações significativas com a nota global dos Recursos Familiares nem com as dimensões da escala de Locus de Controlo de Saúde (LC e OP).

**QUADRO 68 – ANÁLISE DE REGRESSÃO STEPWISE PARA SAÚDE**  
(relação com todas as variáveis)

VARIÁVEL DEPENDENTE: GHQ (SAÚDE GERAL)			
VARIÁVEIS INDEPENDENTES	COEFICIENTE DE REGRESSÃO NÃO PADRONIZADO	COEFICIENTE DE REGRESSÃO PADRONIZADO	P (2 caudas)
Constante	18.232		
ICAC	.102	.121	.000
IESSS	.074	.145	.000
Orgulho Familiar	.076	.058	.068
Entendimento Familiar	-.121	-.059	.062
LOT-R	.291	.167	.000
ESV	.812	.078	.023
EFSV	.074	.059	.106
Outros Poderosos	-.139	-.082	.005
SHS	.318	.170	.000
I	.103	.065	.035
P	-.111	-.074	.048
C	-.113	-.079	.035
ANÁLISE DA VARIÂNCIA			
GL	F	P	
12	39.524	.000	
777			
COEFICIENTE DE DETERMINAÇÃO: 37.9%			

No sentido de conhecer que tipo de previsões podiam ser estabelecidas entre as dimensões dos diversos instrumentos realizaram-se várias regressões *stepwise*.

Considerando a **saúde geral** uma variável dependente, a regressão com um coeficiente de determinação de  $R^2 = 37.9\%$ , indica-nos que as variáveis predictivas que encontramos para ela são o auto-conceito, apoio social instrumental e expressivo, orgulho familiar, entendimento familiar, optimismo, satisfação com a vida em geral e suas fontes, locus controlo externo de saúde, esperança, internalidade, sorte e a participação dos outros poderosos (Quadro 68).

**QUADRO 69 – ANÁLISE DE REGRESSÃO *STEPWISE* PARA SATISFAÇÃO COM A VIDA**  
(relação com todas as variáveis)

VARIÁVEL DEPENDENTE: ESV (SATISFAÇÃO COM A VIDA EM GERAL)			
VARIÁVEIS INDEPENDENTES	COEFICIENTE DE REGRESSÃO NÃO PADRONIZADO	COEFICIENTE DE REGRESSÃO PADRONIZADO	P (2 caudas)
Constante	.732		
ICAC	-.005	-.066	.013
Aceitação/Rejeição Social	.013	.057	.073
Entendimento Familiar	-.020	-.102	.116
LOT-R	.013	.075	.002
EFSV	.046	.386	.028
Controlo de Saúde	-.020	-.125	.000
Outros Poderosos	.009	.053	.000
SHS	.016	.088	.106
C	.012	.090	.012
GHQ	.008	.082	.006
IESSS	.004	.076	.026
ANÁLISE DA VARIÂNCIA			
GL	F	p	
11	36.393	.000	
778			
COEFICIENTE DE DETERMINAÇÃO: 34.0%			

Quando a variável dependente é a **satisfação com a vida em geral** constatamos através da regressão que as variáveis preditivas seleccionadas foram auto-conceito, aceitação social, entendimento familiar, optimismo, satisfação com as fontes de vida, locus de controlo interno de saúde, outros poderosos da saúde, esperança, sorte, saúde e apoio social, obtendo-se um coeficiente de determinação de  $R^2=34.0\%$  (Quadro 69).

Relativamente às **fontes de satisfação de vida** verificou-se que a regressão *setpwise* realizada apresentou um coeficiente de determinação de  $R^2=41.1\%$ , surgindo como variáveis preditivas as dimensões de aceitação social, auto-estima, orgulho familiar, esperança, internalidade, saúde, apoio social, satisfação com a vida em geral e entendimento familiar (Quadro 70).

**QUADRO 70 – ANÁLISE DE REGRESSÃO STEPWISE PARA A SATISFAÇÃO COM AS FONTES**  
(relação com todas as variáveis)

VARIÁVEL DEPENDENTE: EFSV (SATISFAÇÃO COM AS FONTES)			
VARIÁVEIS INDEPENDENTES	COEFICIENTE DE REGRESSÃO NÃO PADRONIZADO	COEFICIENTE DE REGRESSÃO PADRONIZADO	P (2 CAUDAS)
Constante	6.494		
Aceitação/Rejeição Social	.179	.094	.002
Auto-Eficácia	.133	.071	.003
Orgulho Familiar	.125	.120	.024
SHS	.199	.132	.000
I	-.069	-.054	.000
GHQ	.044	.055	.067
IESSS	.066	.161	.096
ESV	2.787	.333	.000
Entendimento Familiar	-.097	-.059	.051

ANÁLISE DA VARIÂNCIA		
GL	F	P
9	60	.000
780	574	

COEFICIENTE DE DETERMINAÇÃO: 41.1%

No estudo da **esperança** como variável dependente observámos um coeficiente de determinação de  $R^2=34.5\%$  e obtivemos como variáveis predictivas o auto-conceito, auto-eficácia, optimismo, outros poderosos no domínio da saúde, do locus de controlo externo defensivo, internalidade, saúde e satisfação com a vida em geral e suas fontes em particular (Quadro 71).

A partir da observação do Quadro 72 podemos prever que o **apoio social instrumental e expressivo** varia em função do auto-conceito, orgulho familiar, entendimento familiar, satisfação com a vida em geral e suas fontes, locus de controlo externo defensivo e saúde apresentados pelos indivíduos obteve ( $R^2=31\%$ ).

**QUADRO 71- ANÁLISE DE REGRESSÃO STEPWISE PARA A ESPERANÇA ESTADO**  
(relação com todas as variáveis)

VARIÁVEL DEPENDENTE: SHS (ESPERANÇA ESTADO)			
VARIÁVEIS INDEPENDENTES	COEFICIENTE DE REGRESSÃO NÃO PADRONIZADO	COEFICIENTE DE REGRESSÃO PADRONIZADO	P (2 caudas))
Constante	-.291		
ICAC	.034	.076	.032
Auto-Eficácia	.142	.115	.001
LOT-R	.109	.118	.000
Outros Poderosos	.061	.068	.022
I	.156	.185	.000
P	-.086	-.107	.001
GHQ	.089	.168	.000
ESV	.523	.095	.007
EFSV	.087	.131	.000

ANÁLISE DA VARIÂNCIA		
GL	F	P
9	45.596	.000
780		

COEFICIENTE DE DETERMINAÇÃO: 34.5%

**QUADRO 72- ANÁLISE DE REGRESSÃO STEPWISE PARA O APOIO INSTRUMENTAL E EXPRESSIVO**  
(relação com todas as variáveis)

VARIÁVEL DEPENDENTE: IEISS (APOIO SOCIAL INSTRUMENTAL E EXPRESSIVO)			
VARIÁVEIS INDEPENDENTES	COEFICIENTE DE REGRESSÃO NÃO PADRONIZADO	COEFICIENTE DE REGRESSÃO PADRONIZADO	P (2 caudas)
Constante	31.422		
Aceitação/Rejeição Social	.386	.084	.009
Orgulho Familiar	.519	.205	.000
Entendimento Familiar	-.545	-.135	.000
ESV	1.399	.069	.054
EFSV	.450	.185	.000
P	-.179	-.061	.055
GHQ	.279	.143	.000

ANÁLISE DA VARIÂNCIA		
GL	F	P
7	50.100	.000
782		

COEFICIENTE DE DETERMINAÇÃO: 31.0%

Conforme se pode constatar, **optimismo disposicional** encontra-se na dependência do locus de controlo interno defensivo e do locus de controlo interno congruente, saúde, satisfação coma vida em geral e suas fontes em particular, entendimento familiar e esperança; apresentando a última regressão efectuada um coeficiente de determinação de  $R^2=27.9\%$  (Quadro 73).

**QUADRO 73 – ANÁLISE DE REGRESSÃO STEPWISE PARA O OPTIMISMO**  
(relação com todas as variáveis)

VARIÁVEL DEPENDENTE: LOT-R (OPTIMISMO DISPOSICIONAL)			
VARIÁVEIS INDEPENDENTES	COEFICIENTE DE REGRESSÃO NÃO PADRONIZADO	COEFICIENTE DE REGRESSÃO PADRONIZADO	p (2 caudas)
Constante	6.512		
Aceitação/Rejeição Social	.141	.104	.001
I	.068	.074	.023
P	-.073	-.085	.034
C	-.106	-.127	.001
GHQ	.112	.196	.000
ESV	.431	.072	.033
Entendimento Familiar	-.102	-.087	.009
SHS	.156	.145	.000
ANÁLISE DA VARIÂNCIA			
GL	F	P	
8	37.845	.000	
781			

COEFICIENTE DE DETERMINAÇÃO: 27.9%

As análises efectuadas apresentaram valores significativos, deram-nos uma panorâmica genérica do modo como as variáveis consideradas neste estudo estão relacionadas entre si e das possíveis previsões, que se podem efectuar tendo em vista a construção de dinâmicas salutogénicas (génese de comportamentos salutareos).

Os quadros apresentados anteriormente, revelaram-nos os factores seleccionados pela diversas regressões *septwise* (das quais

apresentámos sempre a última) efectuadas para cada constructo, que podem participar na construção de bem-estar subjectivo, possibilitando entrar no domínio das previsões de saúde.

Não é fácil encontrar todas as estrelas da constelação da saúde, em todo o caso, os instrumentos utilizados neste nesta investigação mostraram estar inter-relacionados. A sua utilização conjunta pode ser um passo importante para um melhor conhecimento das pessoas no âmbito da Psicologia da Saúde. Já que, permitirá, aos psicólogos e educadores de saúde, um melhor entendimento da constelação de saúde de cada indivíduo ou de um grupo; dinamizando o diálogo reflexivo para *demarches* salutareas.

A harmonia que encontramos na estrutura salutogénica da constelação de saúde, leva-nos a pensar reflexivamente, sobre a energia e interdependência das dimensões sugeridas pelas análises efectuadas. A direcção do bem-estar, vai no sentido de aprofundar práticas e técnicas, que conduzam a saber lidar melhor com a doença, à prevenção de comportamentos de vertigem e promovam comportamentos de saúde (de *mudança, manutenção e/ou desenvolvimento*, conforme o caso).

Destaque particular para o auto-conceito, apoio social (instrumental e expressivo), comunicação e sentimento da família (entendimento e orgulho familiar), cognição de esperança (estado), orientação de vida (optimismo disposicional) e locus de controlo interno; já que se revelaram importantes para os indivíduos na sua percepção de bem-estar subjectivo.



### 11.3. O STOCK DE SAÚDE DOS INDIVÍDUOS A E B

No sentido de tentar responder à questão *Quem são os indivíduos com mais stock de saúde e o que é que os diferencia dos outros?* procurámos identificar os elementos da amostra que se encontravam nos extremos para os podermos comparar e retirar as devidas inferências que nos conduzam ao domínio do desenvolvimento de uma personalidade saudável. Através da *validação por grupos extremos*, indivíduos com boa saúde geral versus indivíduos com má saúde geral, podemos ficar a conhecer melhor a validade de constructo dos instrumentos, bem como, as determinantes de um bom *stock* de saúde. Por conseguinte, para identificar quem eram os indivíduos que apresentavam o escore de saúde mais elevado e o mais baixo, apoiámo-nos no estudo de Vaz Serra de 1994 e realizámos a tarefa que de seguida passamos a descrever.

Considerámos os indivíduos da amostra A2 e a respectiva média obtida para GHQ, que foi de 42.194. De seguida, num primeiro momento, subtraímos um desvio padrão à média da variável saúde geral ( $42.194 - 6.645 = 35.549$ ) e obtivemos um valor que por arredondamento por defeito passa a 36.

Num segundo momento, somámos um desvio padrão à média da variável saúde geral ( $42.194 + 6.645 = 48.839$ ) e obtivemos um valor que por arredondamento por defeito passa a 49. Com base neste resultado podemos inferir que, com a nota global de GHQ  $\leq 36$  encontraremos pessoas que percebem uma *saúde geral baixa* e, respectivamente, para uma nota de GHQ  $\geq 49$  encontramos pessoas que percebem uma *saúde geral elevada*. Podemos dizer que, estamos diante de grupos extremos.

Dando continuidade a este pensamento, primeiro arranjámos uma variável a que se atribuiu o valor de 1 a todos os elementos da amostra que correspondessem a valores iguais ou inferiores à média menos um desvio padrão e este grupo foi designado por *grupo de má saúde*. Num segundo momento, utilizámos uma variável a que se atribuiu o valor de 2 a todos os elementos da amostra que correspondessem a valores iguais ou superiores à média mais um desvio padrão e foi designado o *grupo de boa saúde*.

Feito este tratamento preliminar dos dados, constituímos uma outra variável que designámos pelo nome de AGRUPA em que lhe foi atribuído o valor de 1 a todos os elementos que na variável GEXT correspondessem ao valor 1 ou de 2. De seguida, seleccionámos a amostra em função do AGRUPA=1 para ter a certeza que nas operações estatísticas seguintes iríamos confrontar apenas os dois grupos de má e boa saúde. Como se tratava de variáveis contínuas, realizámos em seguida um t-teste de cada um dos componentes constituintes do *stock* de saúde para observar o seu comportamento em função dos grupos extremos agora seleccionados, que designámos por *boa e má saúde*.

No Quadro 74, estão expostas as médias e os desvios padrão de ambos os grupos extremos. Conforme podemos verificar as diferenças são altamente significativas na sua maior parte com os valores de  $p = .000$ . Devemos chamar a atenção para o facto de que na variável P(*Powerful Others*) e na variável C (*Chance*) os valores mais altos se encontrarem no *grupo de má saúde*, esta circunstância está de acordo com o que é lógico e seria de esperar. De igual modo, tem também sentido que os valores mais elevados para a variável EF

(Entendimento Familiar) sejam encontrados no *grupo de má saúde* (visto indicarem o desentendimento familiar percebido pelo sujeito).

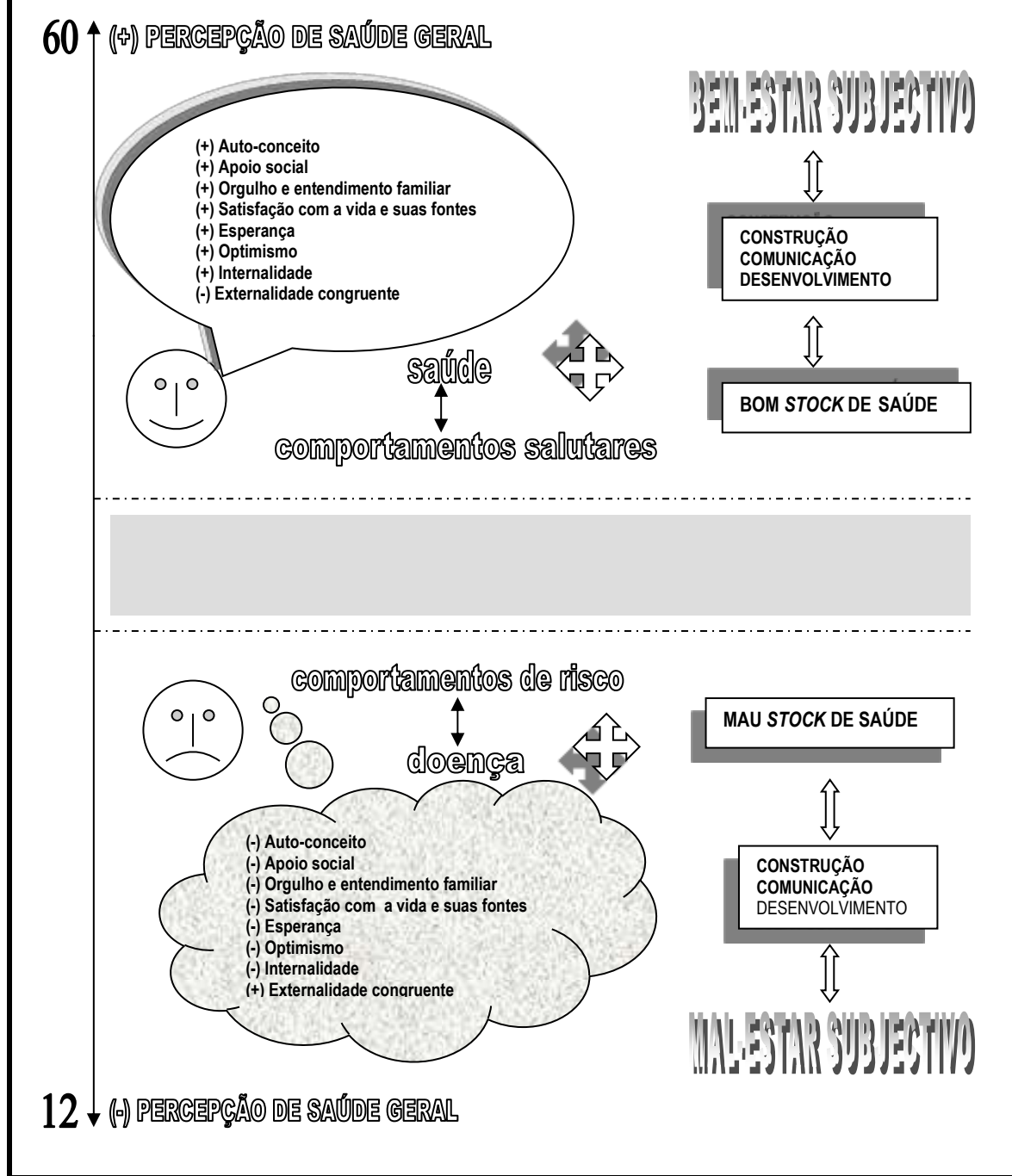
QUADRO 74 – COMPARAÇÃO ENTRE INDIVÍDUOS COM MÁ SAÚDE E BOA SAÚDE  
(t-teste)

VARIÁVEIS	GRUPO 1 MÁ SAÚDE N=153		GRUPO 2 BOA SAÚDE N=106		p
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	
ICAC	69.961	8.038	78.123	8.117	.000
IESSS	63.118	13.862	76.953	11.745	.000
OF	26.150	6.522	30.245	4.355	.000
EF	16.660	3.611	14.075	2.707	.000
LOT-R	12.235	3.893	17.094	3.702	.000
ESV	2.431	.732	3.000	.586	.000
ESFV	27.261	6.108	32.962	4.891	.000
CS	20.131	4.767	18.972	3.717	.037
OP	16.634	3.811	15.858	4.420	N.S.
SHS	17.007	3.891	21.792	3.726	.000
I	32.275	4.079	35.142	6.123	.000
P	22.248	4.176	17.519	5.392	.000
C	25.281	4.415	20.792	5.266	.000

Neste seguimento, podemos concluir que, o ponto de corte correspondeu a valores bem diferenciados, isto é, conforme mencionámos de início o valor  $\geq 49$  para *boa saúde* e o valor de  $\leq 36$  para *má saúde* permitem identificar os indivíduos A (bom *stock* de saúde) e B (mau *stock* de saúde). Conforme se pode verificar, a capacidade de saúde geral (como o indivíduo a percebe), parece estar relacionado de modo directo com o auto-conceito, apoio social instrumental e expressivo, orgulho e entendimento familiar, optimismo disposicional, satisfação com a vida em geral e suas fontes, esperança, internalidade; e na inversa da crença da sorte e dos outros poderosos (externalidade). Evidencia-se uma externalidade congruente.

A Figura 13 procura representar a dinâmica do modelo de construção do *stock* de saúde conforme foi detectado na investigação realizada a partir dos dois grupos extremos, do qual podemos destacar o perfil do indivíduo A e o do indivíduo B. Estão representados os dois tipos de indivíduos: o indivíduo A que apresenta elevada percepção de saúde geral e o indivíduo B que apresenta um baixo grau de percepção de saúde geral; bem como o ponto de corte. No mundo real, os indivíduos A e B apresentarão estilos de vida diferentes em função do seu *stock* de saúde, o que leva o primeiro a construir, comunicar e desenvolver o bem-estar subjectivo e o segundo a utilizar os mesmos verbos que indicam acção no sentido de menor bem-estar ou seja, do “mal-estar”. De certo modo, a opção por uma destas duas direcções, é também uma escolha pessoal e social entre o *caminho da saúde* (conhecimento, responsabilidade e formação de uma consciência de saúde) e o *caminho da doença* (irresponsabilidade, desconhecimento e ausência de consciência de saúde).

FIGURA 13 – O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO STOCK DE SAÚDE



## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A Psicologia da Saúde como ciência e como profissão apresenta como principais objectivos conhecer os processos conducentes à saúde e à doença para melhor poder intervir ao nível da prevenção da doença e da promoção da saúde e qualidade de vida (McIntyre, 1994; Ribeiro, 1994, 1997; Teixeira, 1994; Leal, 1994). Uma Psicologia dos relacionamentos interpessoais (Berscheid, 1999) tem como objectivo principal aumentar o conhecimento e a compreensão do comportamento humano contextualizado na vida quotidiana e integrado num ambiente identificado. Deste modo, a realização do potencial de uma ciência do relacionamento encontra-se circunscrito: ao contributo de outras ciências (comportamentais, sociais, biológicas, comunicacionais) possibilitando uma união da psicologia; requer informações sobre a dinâmica estabelecida entre o afecto e a cognição; e assenta na investigação do impacto que o ambiente exterior tem na dinâmica interior dos relacionamentos.

A partir dos contributos de uma psicologia da saúde, de uma psicologia do relacionamento e da comunicação e do Modelo de produção de saúde (Grossan, 1972; Maynard, 1981; Giraldes, 1993), a presente dissertação teve como principais objectivos tentar conhecer e compreender melhor, os factores psicológicos que determinam um bom *stock* de saúde, ao mesmo tempo que procurou interpelar até que ponto uma personalidade, enquanto *comunicador(a) de bem-estar* – relação funcional de saúde com o Eu e com

o(s) Outro(s) – pode ser determinante para a construção de saúde individual e social.

Ao estudar algumas das dimensões de saúde e bem-estar subjectivo numa população “saudável” constituída por 922 indivíduos, distribuídos por duas amostras (A1=132 e A=790), de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 17 e os 59 anos, podemos dizer que conseguimos encontrar indicadores de bem-estar psicológico, que nos podem permitir um melhor conhecimento sobre: a origem da satisfação da vida das pessoas; a importância da expressão das suas emoções positivas; o contributo dos processos de comunicação de saúde (intra- e inter- individuais). Igualmente, adiantaram-se trajectórias e informações pertinentes para uma melhor orientação de saúde na prática psicológica, nomeadamente, nas actividades de prevenção do risco, promoção de saúde, educação para a saúde e de intervenção para o melhoramento do bem-estar subjectivo das pessoas.

Através da análise das estatísticas descritivas, a maioria dos indivíduos da amostra A2 destacaram a prioridade das fontes de satisfação com vida da seguinte forma: 1ª–saúde; 2ª– vida em família; 3ª– casamento(namoro); 4ª– emprego; 5ª– situação financeira; 6ª– amizade; 7ª– habitação; 8ª– projecto de vida; 9ª– educação (formação); 10ª– relações sociais e 11ª– actividades de lazer. Ao observar a preferência efectuada, podemos inferir que os indivíduos atribuem um valor importante à saúde, e ao relacionamento familiar e ao relacionamento afectivo íntimo nas suas vidas e, só depois, consideram o factor económico ou o apoio instrumental. Relativamente, ao lazer, podemos inferir que neste caso, os indivíduos não o consideram importante para o seu bem-estar. Podemos inferir

que as actividades de lazer não são assim tão determinantes para o *estilo de vida equilibrado* como propõem Lu e Argyle (1984). Estes resultados vão no sentido das hipóteses H2, H4, e H7; e estão de acordo com os estudos citados anteriormente neste trabalho (Lasko *et al.*, 1996; Dungan, Brow & Ramsey, 1996; Allain *et al.*, 1996; Sherry, 1996; Kelly, 1985; *cit. Vest et al.* 1997; Cook, 1993).

Na ordenação das fontes de satisfação(%) por sexo registaram-se **diferenças de género**: para o sexo masculino (39.24%) a 1ª posição é ocupada pela saúde (12.91%) e pelo casamento(namoro) (6.71%) enquanto para o sexo feminino (60.76%) apresenta a saúde (21.52%) e a vida em família (1.27%), o que leva a inferir que apesar de homens e mulheres estarem de acordo com o valor primordial da saúde como fonte de bem-estar, os primeiros consideram mais relevante o relacionamento íntimo para a percepção do seu bem-estar, enquanto que as mulheres retiram mais bem-estar da vivências familiares. Este facto, está de acordo com os estudos que evidenciam a importância do papel da esposa ou namorada, na vida do marido ou namorado (Simon, 1995; Few, 1997; Dungan, Brow & Ramsey, 1996). Estes resultados confirmam o pressuposto H8.

Relativamente ao **grupo etário**, observaram-se também diferenças, os indivíduos dos grupos I, II e III consideram a saúde como a primeira fonte de satisfação com a vida, enquanto os indivíduos mais velhos, dos grupos IV e V, destacam a vida em família como primordial (Allain *et al.*, 1996). Este registo sugere que ao longo das suas vidas as pessoas modificam as suas preferências relativas à origem do bem-estar. Confirma a hipótese H6. À medida que caminhamos na idade, parece que retiramos mais bem-estar da



relação, do que da saúde. Em todo o caso, fica comprovado que o **estatuto de saúde** e a **relação social** parecem ser sempre importantes para os indivíduos ao longo das suas vidas (Allain *et al.*, 1996; Carstensen, 1992; Lansfor *et al.*, 1998).

Os resultados mostraram que homens percepcionaram mais saúde geral do que as mulheres nas suas vidas (Dowdy, Dwier, Smith & Wallston, 1996; Simões, 1992; Fillenbaum, *cit.* Sherry, 1996). Os homens revelaram ser mais optimistas do que as mulheres (Mirowsky & Ross, 1996). Estes resultados relativos à interferência da variável sexo na percepção de bem-estar subjectivo são corroborados pelos estudos citados (Simon, 1995; Few, 1997) e confirmam a nossa hipótese H8.

As emoções que os homens e as mulheres distintamente manifestam podem orientar as suas vidas, é importante saber controlá-las e desenvolver aquelas que são facilitadoras de uma vida saudável.

As outras variáveis consideradas, nomeadamente, o sentimento religioso relatado pelos indivíduos, não apresentaram relações estatísticas significativas com as outras variáveis; o que contraria os estudos relatados por Argyle (1987) e Argyle e Lu (1990).

Nas duas amostras, as médias mais elevadas obtidas para as fontes de satisfação com a vida foram observadas para a vida em família, amizade e saúde; e as mais baixas na situação financeira e no emprego. O facto de se salientar a **saúde** e a **família** como fontes de satisfação com a vida principais está de acordo com os estudos de Astedt-kurki e Hopic (1996).

A E.F.S.V. apresentou um total de variância de (51.86%) o que permite afirmar que estamos diante de uma escala portuguesa de raiz, que

recolhe informações sobre o grau de contentamento que os indivíduos apresentam sobre as fontes do bem-estar subjectivo apresentados por uma personalidade em desenvolvimento. Os três factores encontrados, Factor 1 (Bem-estar Pessoal e Social), Factor 2 (Bem-estar Instrumental) e Factor 3 (Bem-Estar Familiar), salientam a importância do relacionamento como gerador de bem-estar subjectivo e estão de acordo com a defesa de um modelo multidimensional para este constructo (Dowdy, Dwier, Smith & Wallston, 1996; Ferreira & Simões, 1999) e os nove pressupostos propostos por Ryff (1989). Desta forma, esta escala pode ser utilizada no sentido de identificar a construção de relações de saúde, na prevenção da doença e na promoção de saúde. A consistência interna (alpha de Cronbach de .76) indica que pode ser utilizada em contextos de investigação. A E.F.S.V. parece avaliar mais um traço de personalidade do que um estado. A correlação de T1 com T2 apresentou um valor de .77 para a satisfação com a vida global e .58 para as fontes de satisfação com a vida (Estudo 1).

A versão portuguesa do **L.O.T.- R.**, em conformidade com a consistência interna observada (alpha de Cronbach de .70) pode ser utilizada em contextos de investigação. Por outro lado, de acordo com a variância registada (45.87%) e do factor único seleccionado (Factor 1- optimismo), constitui um indicador de *optimismo disposicional* e está em sintonia com o trabalho dos autores do teste (Estudo 2).

A adaptação portuguesa do **S.H.S.** apresentou um alpha de Cronbach de .78, pelo que, pode ser utilizada no domínio da investigação psicológica. A partir da análise factorial registou-se uma variância de (62.87%), tendo sido seleccionados dois factores (Factor 1- acção; e Factor 2- direcção), que

estão de acordo com a versão original. Deste modo, constitui um instrumento capaz de avaliar a esperança estado na prática psicológica (Estudo 3).

A versão portuguesa do **I.E.S.S.S.** apresentou um alpha de Cronbach de .84 pelo que, pode ser aplicado para fins de investigação, mas num contexto de tomada de decisão deverá ser feito com o devido cuidado ou reserva (Simões, 1994). O total da percentagem da variância explicada obtida foi de 59.95 e destacaram-se quatro factores, (Factor 1– vínculo afectivo; Factor 2– insatisfação com as relações íntimas; Factor 3– conflito; e Factor 4– falta de dinheiro), que estão em sintonia com a escala original. A análise da estabilidade temporal ( $r = .48$ ) do instrumento revelou a possibilidade do apoio social expressivo e instrumental, avaliado pela escala em causa, indicar mais um estado do que como um traço (Estudo 4).

A adaptação portuguesa do **G.H.Q.** (v. 12 itens) apresentou uma estabilidade temporal significativa ( $r = .58$ ), o que denota uma tendência para avaliar mais um traço de saúde geral, do que um estado. O valor do alpha de Cronbach obtido foi de .83, pelo que se considera bom para contextos de tomada de decisão e muito bom para fins de investigação. A variância encontrada foi de (49.42%), destacando-se dois factores (Factor 1– acontecimentos de vida e auto-estima; e F 2– depressão), que estão em conformidade com a versão original (Estudo 5).

Como podemos constatar os instrumentos adaptados neste estudo e utilizados para avaliar o *stock* de saúde dos indivíduos de uma população “saudável”, revelaram ser mais indicadores de estados do que de traços de personalidade. Note-se, que as populações “saudáveis” (mais flexíveis e osciláveis), ao contrário das “doentes” (mais rígidas e marcadas),

apresentam uma variabilidade comportamental, movimentam-se mais em termos da adopção de comportamentos, possivelmente, devido às suas capacidades de adaptação ao ambiente, de ajustamento e reajustamentos com vista à resolução eficaz dos problemas da vida quotidiana. Tal facto, leva-nos a ter o cuidado de prestar mais atenção a esta população e a realizar avaliações pontuais das dimensões consideradas; que consideradas no seu conjunto ao longo do tempo (estudo longitudinal), podem ser indicadores de traços de personalidade.

No Capítulo 11, no âmbito da descoberta dos factores determinantes para a construção e capitalização do *stock* de saúde (Estudo 6), procurou-se testar as hipóteses formuladas, observar as relações entre as variáveis e ao mesmo tempo, testámos a validade convergente e divergente dos instrumentos utilizados.

As correlações de Pearson entre as notas globais das dimensões (apoio social; satisfação com a vida global; satisfação com as fontes; saúde geral; esperança e optimismo) revelaram que as variáveis se correlacionavam entre si de forma positiva e na sua maioria, consideravelmente significativa ( $p < .000$ ). Confirmam as hipóteses H3, H6 e H7 e encontram-se em sintonia com os autores estudados (Davidhizar & Vance, 1994; Argyle, 1997; Green & Reid, 1996; Diener, 1984; Simões, 1992; Ferreira & Simões, 1999; Strongman, 1998).

As fontes geradoras de satisfação com a vida que um indivíduo apresenta estão em sintonia com a sua percepção de apoio social expressivo e instrumental e com a sua satisfação global com a vida. Os resultados obtidos estão confirmam as hipóteses H3 e H7 e vão no sentido de vários autores (Diener, 1984; Pavot, Diener, Calvin & Sandvick, 1991).

A saúde geral percebida pelo indivíduo apresenta uma forte relação com o optimismo disposicional e com a esperança estado. Podemos inferir que uma orientação de vida direccionada para a cultura das emoções positivas e muito em particular, para o optimismo e a esperança, pode contribuir de modo considerável para um investimento do capital do *stock* de saúde. Verificam-se os pressupostos H6, H7 e H9 e estas conclusões vão no sentido dos estudos referidos neste trabalho (Strongman, 1998; Diener, Diener, & Diener, 1995).

A partir da análise de regressões *stepwise* foi construído um **Indicador de Bem-Estar Subjectivo [I.B.E.S.]** que permite conhecer e predizer de modo objectivo o desenvolvimento salutar de uma personalidade em devir. O bem-estar subjectivo percepcionado pelo indivíduo ou por um grupo, pode ser conhecido através do I.B.E.S., é obtido a partir da contribuição de seis vertentes: esperança estado, optimismo disposicional, saúde geral, satisfação com a vida global e com as suas fontes; e apoio social expressivo e emocional. Estas constatações estão de acordo com a maioria dos estudos referidos na presente investigação em curso e comprovam as nove hipóteses formuladas.

A **Constelação de Saúde** foi construída através da investigação das relações que se estabelecem entre cada um dos instrumentos adoptados para a população portuguesa utilizados neste estudo (G.H.Q.; L.O.T.– R (v. 12 itens); I.S.S.S.; S.H.S.; e E.F.S.V.) com outros que, já têm sido largamente utilizados em Portugal (I.C.A.C., R.F., L.C.S., I.P.C.). A partir das correlações de Pearson e de regressões *setpwise* ficámos a conhecer melhor as dimensões do bem-estar subjectivo e aprofundámos a informação sobre os novos instrumentos, relativamente à validade de constructo e validade concorrente.

O **apoio social expressivo e instrumental (I.S.S.S.)** está em sintonia positiva com a aceitação/rejeição social e o orgulho familiar e os recursos familiares. Noutro sentido, numa direcção negativa, com o desentendimento familiar, o controlo de outros poderosos e a sorte. Tal facto parece revelar e mais uma vez confirmar, a importância das relações humanas no progresso positivo da vida dos seres humanos, quer ao nível da comunicação intra-individual e da comunicação inter-individual. Confirmam-se as hipóteses H1 e H2. Destaque particular para a dinâmica estabelecida na vida quotidiana, entre o apoio social percebido pelo indivíduo e a qualidade do relacionamento familiar, o que reafirma a importância do valor da família, ao longo da vida dos humanos. Podemos avançar que estes factos estão de acordo com investigações referidas anteriormente (Dean, 1986; Landsford, Sherman & Antonucci, 1998; Antonucci, 1990; Baltes, 1996; Rook, 1995; Castensen, 1993; Smith & Goodnow, 1999; Lin, 1986b; Vaz Serra, 1999; Cutrona, 1996). e confirmam os pressupostos avançados, em particular H3 e H7.

O **optimismo disposicional (L.O.T.- R (v. 12 itens))** está relacionado positivamente com, o auto-conceito global, o orgulho familiar, a internalidade e negativamente com, o desentendimento familiar, outros poderosos e controlo de saúde. Podemos inferir que as emoções positivas e em particular a força de uma orientação de vida que tenha por leme o optimismo, contribui para experienciar uma reversibilidade de três planos, isto é, entre essa disposição de humor positivo, as relações gratificantes, (em particular as vivências da família), e a responsabilidade pessoal de saúde. Estas afirmações estão de acordo com os estudos relatados (Seidlitz & Diener, 1993; Marsh & Shanelson, 1985; Cohen *et al.*, 1995; Scheier & Carver, 1985; Mashal *et al.*, 1992; Sarason

*et al.*, 1984; Lucas, Diener & Suh, 1996; Scheier & Carver, 1992; Costa & Lima, 1998) e confirmam as nossas hipóteses H2 e H9.

As **fontes de satisfação com a vida (E.F.S.V.)** estão correlacionadas, numa orientação positiva, com o auto-conceito, auto-eficácia, aceitação/rejeição social, orgulho familiar, recursos familiares e apresentam-se relacionadas, numa orientação negativa, com o desentendimento familiar. Mais uma vez, estamos diante de observações que confirmam a importância da qualidade do relacionamento como fonte geradora de bem-estar subjectivo, podendo constituir um bom investimento para o capital de saúde (Argyle & Furnham, 1983, *cit.* Argyle, 1987; Davidhizar & Vance, 1994; Diener, 1984; Pavot, Diener, Calvin & Sandvick, 1991; Pettijohn II & Pettijohn, 1996; Vaz serra, 1999; Relvas, 1996; Gameiro, 1996; Vaz Serra, Ramalheira & Canvarro, 1992; Canavarro, 1997; Cook, 1993; Dryden & Gordon, 1993). Os pressupostos H1, H4, e H6 ficam assim confirmados.

A **esperança estado (S.H.S.)** está ligada de modo muito significativo com o auto-conceito, a aceitação/rejeição social, auto-eficácia orgulho familiar e de modo negativo com o desentendimento familiar e o factor sorte. Esta emoção parece ser deveras importante para o estudo da relação, já que, pode esclarecer não só a qualidade de vida que cada indivíduo estabelece com o seu Eu, mas também a implicação e a qualidade de relação que a pessoa estabelece com a sua família. A família parece ser importante para o aparecimento da esperança, que por sua vez , contribui para a promoção do auto-conceito e eficácia do comportamento do indivíduo. Estes resultados confirmam os pressupostos H4, H6 e H9, bem como estão no sentido directo dos testemunhos dos autores (Osterhoudt, 1978; Curry, Snyder, Cook, Ruby &

Rehm, 1997; Curry *et al.*, 1997; Snyder *et al.*, 1996; Caterson, 1992; Vaz Serra, 1999, Feist *et al.*, 1995).

A **saúde geral (G.H.Q.)** está em sintonia positiva e muito significativa com o auto-conceito, aceitação/rejeição social, auto-eficácia, orgulho familiar e internalidade, e em sintonia negativa com o desentendimento familiar, outros poderosos e factor sorte. Estas indicações permitem-nos constatar e confirmar as nossas hipóteses sobre as interacções estabelecidas entre a saúde e a relação (relacionamento com o Eu e com a família) e como podem ser determinantes para o bem-estar do indivíduo. Saliente-se ainda que, o incremento de saúde geral surge como uma responsabilidade da própria pessoa, dependendo da eficácia do seu comportamento. Esta constatação confirma as nove hipóteses e está de acordo com os estudos registados nesta presente investigação.

Relativamente à interferência do locus de controlo de saúde, verificamos que se confirma a H5. O controlo interno está relacionado com o bem-estar subjectivo como defendem os autores (Diener, 1984; Vaz Serra, 1999; Santos, Trindade & Teixeira, 1997; Giraldes, 1993; Steptoe & Appels, 1989; Ribeiro, 1994)

No sentido de tentar conhecer o tipo de previsões que podiam ser estabelecidas entre as dimensões dos diversos instrumentos utilizados nesta dissertação, realizaram-se várias regressões *sptewise*. Ao considerar à vez cada uma das dimensões como variável dependente, obtiveram-se os seguintes coeficientes de determinação respectivamente: **saúde geral** ( $R^2= 37.9\%$ ) **satisfação com a vida em global** ( $R^2= 34.0\%$ ) **fontes de satisfação com a vida** ( $R^2= 41.1\%$ ) **esperança estado** ( $R^2= 34.5\%$ ) **apoio social expressivo e**



instrumental ( $R^2 = .31.0\%$ ) optimismo disposicional ( $R^2 = 27.9\%$ ). Consideremos os resultados dos dois coeficientes de determinação mais elevados.

Ao considerar a **saúde geral** como variável dependente as variáveis predictivas seleccionadas foram : **o auto-conceito, apoio social expressivo e instrumental, orgulho familiar, entendimento familiar, optimismo, satisfação com a vida em geral e suas fontes, esperança estado, internalidade**, e com orientação negativa o locus de controlo externo de saúde, sorte e participação de outros poderosos.

As **fontes de satisfação com a vida** foram perspectivadas como variável dependente, tendo sido encontradas as seguintes variáveis predictivas: **aceitação/rejeição social, auto-eficácia, orgulho familiar, esperança estado, saúde geral, apoio social expressivo e instrumental, satisfação global com a vida, entendimento familiar** e com orientação negativa a **internalidade**. Mais uma vez, os resultados obtidos estão de acordo com os estudos anteriores e vêm confirmar as hipóteses formuladas, muito em particular as H1, H2, H3, H6, H7 e H9.

Com o intuito de responder à questão “**Quem são os indivíduos com mais stock de saúde e o que é que os diferencia dos outros?**”, procurámos identificar os elementos da amostra que se encontravam nos extremos para podermos comparar e retirar as respectivas inferências, devidas à *boa saúde geral* e à *má saúde geral*. Ao mesmo tempo, conhecíamos melhor a validade de constructo dos instrumentos utilizados. Apoiados pelo estudo de Vaz Serra (1994) e a partir da saúde geral determinámos os grupos extremos que designámos de *má saúde* ( $\leq 36$ ) e de *boa saúde* ( $\geq 49$ ). O ponto de corte correspondeu a valores bem diferenciados conforme mencionámos. Como se tratava de variáveis contínuas foi realizado um t-teste de cada um dos componentes constituintes do *stock* de saúde, para observar o seu comportamento em função dos grupos

extremos seleccionados. Ao confrontar os dois grupos de *boa* e *má* saúde verificámos uma realidade: a capacidade de saúde geral (como o indivíduo a percepçiona) parece ser determinada na razão directa dos seguintes *inputs*: auto-conceito; apoio-social; orgulho e entendimento familiar; satisfação com a vida e suas fontes; esperança estado; optimismo; internalidade; e ainda, na direcção inversa da crença dos outros poderosos e da sorte; saliantando-se a externalidade congruente (crença de que os reforços não são contingentes ao seu comportamento). Esta descrição corresponde ao **indivíduo A** (**bom stock de saúde**) e o seu inverso corresponderá ao **indivíduo B** (**mau stock de saúde**).

Chegámos ao fim desta caminhada e conseguimos encontrar os dois perfis de indivíduos o **A** e o **B**. Em simultâneo confirmámos as nossas hipóteses e encontrámos alguns factores psicológicos que determinam, de um modo muito especial e com todo o vigor, o investimento do capital do *stock* de saúde.

De acordo com o trabalho realizado, podem ser delineadas intervenções na prática psicológica, da prevenção do risco, protecção e melhoria da saúde, promoção de comportamentos salutareos e educação para a saúde, do jardim de infância ao jardim da longevidade.

Num ambiente de saúde, surge uma melodia optimista; um movimento de franco apoio; uma animada, compreendida e expressiva linguagem de relação; um colorido de esperança e de aposta na mudança. É preciso traçar trajectórias reais e despende esforços capazes, que apostem na antecipação, com o fim de ultrapassar o obstáculo da doença (ou *mau stock de saúde*) e tornar realidade o bem-estar para todos (ou *bom stock de saúde* individual e social). A dinâmica salutar está relacionada com uma comunicação

funcional, optimista e de suporte, que permite alcançar o bem-estar, conhecer através da relação (intra e Inter) e orientar para a saúde.

Uma aposta na prevenção e na promoção de vidas saudáveis no terceiro milénio é uma tarefa do hoje e do amanhã, a começar aqui e agora, através da comunicação, na sua forma de linguagem e de relação salutareas. A aquisição de conhecimentos, a compreensão da informação, o acesso aos serviços de saúde não bastam, se quisermos obter elevados níveis de bem-estar. É preciso que cada um assuma a convicção da saúde, construa uma consciência de saúde, da sua e da do outro, no singular e no plural. É esta a mensagem que deve circular e transitar para o século XXI, a da coerência e da congruência entre o que se sabe, o que se sente e o que se comunica. É preciso desenvolver actividades transparentes promotoras do bem-estar para todos, é preciso reunir de modo articulado todos os esforços oriundos dos mais diversos sectores da sociedade para construir saúde no ambiente interior e exterior ao ser humano. O amanhã será muito melhor se nos responsabilizarmos por um presente salutar, orientado num sentido de um futuro de bem-estar real para todos; enquanto, prioridade inabalável porque verdadeiramente humana.

Na sociedade da longevidade podemos viver mais tempo, mas só valerá a pena se for com qualidade, saúde e bem-estar ao longo de toda a vida. Daí a necessidade de investigar as várias etapas do desenvolvimento humano numa perspectiva bio-psico-sócio-cultural sobre os mecanismos da saúde, da relação, das emoções positivas e do bem-estar subjectivo, por isso, também, a opção por uma dissertação em Psicologia da Saúde, sem esquecer

os laços que esta estabelece com outros campos do conhecimento, nomeadamente, com uma Psicologia dos relacionamentos interpessoais.

Como era previsível, nem todos os dados e análises possíveis são apresentados, dariam muitos mais volumes. É claro que outras leituras de aprofundamento podem ser feitas e daí, resultariam outras visões construtivas de bem-estar, mais uma fatia do real seria abarcada e muitas limitações seriam ultrapassadas. É assim o universo e a dinâmica do conhecimento e da acção actualizados, a sua infinidade. Contudo, esperamos que o presente trabalho possa ser um ponto de partida para novas investigações sobre o bem-estar-subjectivo, saúde e relação, no âmbito da psicologia da saúde em Portugal, possibilitando o conhecimento da especificidade de ser um português ou uma portuguesa saudável na aldeia global

## RESUMO E CONCLUSÕES

Conscientes da importância do papel da saúde e do valor da relação, para realizar a construção e o desenvolvimento de bem-estar efectivo, ao longo da vida dos seres humanos, pretendemos com esta investigação dar resposta ao seguinte problema: “**Como podemos produzir saúde?**”. Neste sentido, tivemos como objectivo principal, conhecer melhor os factores psicológicos que determinam *um bom investimento do stock do capital de saúde*. Partimos de uma abordagem bio-psico-socio-cultural e circunscrevemos o nosso estudo no domínio da Psicologia da Saúde e dos laços que esta estabelece com a ciência dos relacionamentos ou seja, com uma Psicologia dos Relacionamentos Interindividuais.

Tomámos como bússola o Modelo de produção de Saúde (Grossman, 1972; Maynard, 1991; Giraldes; 1993) e empreendemos a descoberta de conhecer novos *inputs* que conduzissem a dias saudáveis, bem como, compreender as relações entre a **saúde geral** (variável dependente) e o auto-conceito, o apoio social, os recursos familiares, a esperança, o optimismo, a satisfação com a vida na globalidade, a satisfação com as fontes de bem-estar subjectivo, e o locus de controlo. Ao mesmo tempo, surgia também, a oportunidade de elucidar as relações que as diversas variáveis independentes estabelecem entre si.

O estudo abrangeu uma população de 922 indivíduos, de ambos os sexos e dos cinco grupos etários (o mais novo tem 17 e o mais velho 59 anos), agrupados em duas amostras A1(n=132) e A2(n=790), recolhidas no Baixo Alentejo. A primeira amostra A1 foi utilizada num estudo preliminar com o objectivo de procurar investigar a estabilidade temporal dos instrumentos a adaptar, aferir ou construir para a população portuguesa, e detectar alguns possíveis problemas de aplicação, que pudessem surgir e que não tivessem sido contemplados. Por sua vez, os estudos psicométricos e as relações entre as variáveis consideradas foram realizados a partir da amostra A2.

Na sua constituição a amostra A2 (H=310; M=480) apresenta uma predominância de mulheres solteiras e casadas, com um nível de instrução secundário, de nível sócio-económico médio, pertencentes ao grupo etário II e III, são saudáveis, não se encontram em formação académica e apresentam um sentimento religioso.

As estatísticas descritivas, indicaram que os indivíduos consideram quatro fontes de bem-estar subjectivo como prioridades das suas vidas: a saúde, a vida em família, o casamento(namoro...) e o emprego. Revelaram ainda, diferenças de sexo (os homens destacam a saúde e o casamento(namoro...) e as mulheres a saúde e a vida em família) e diferenças do grupo etário (os grupos I, II e III consideram a saúde em primeiro lugar e os grupos IV e V a vida em família).

Após uma pesquisa bibliográfica, chegámos à conclusão que não existiam instrumentos psicológicos para avaliar alguns dos constructos pretendidos, pelo que necessitámos de construir uma Escala de Fontes de Satisfação com a Vida (**E.F.S.V.**), e de adaptar para a população portuguesa os

seguintes instrumentos de avaliação psicológica: *Life Orientation Test-R* (**L.O.T.-R.**; Scheier, Carver & Bridges, 1994); *State Hope Scale* (**S.H.S.**; Snyder, Sympson, Ybasco, Borders, Babyak & Higgins, 1996); *Instrumental and Expressive Social Support Scale* (**I.E.S.S.S.**; Ensel & Woelfel, 1986); e *General Health Questionnaire* (**G.H.Q.** (v. 12 itens); Goldberg, 1972). Os instrumentos considerados revelaram-se adequados para o fim em vista.

No sentido de dar solução o problema delinearam-se nove pressupostos ou hipóteses: **H1** – O tipo de interações que uma personalidade estabelece consigo própria, está relacionada com uma auto-produção de saúde.; **H2** – O Eu só tem existência através da comunicação (intra- e inter- individual) que estabelece com o Eu e o Outro (no singular e no plural), pelo que, a qualidade de uma relação interfere na vida saudável, de forma positiva.; **H3** – O apoio social expressivo e o instrumental, em especial o da família e dos amigos íntimos, são determinantes para a construção de uma comunicação de saúde.; **H4** – A vida em família, os recursos familiares (orgulho familiar e entendimento familiar) interferem de modo positivo na produção de saúde.; **H5** – Quanto maior for, o controlo interno que as pessoas apresentarem numa situação quotidiana e o seu sentimento de responsabilidade pelos resultados positivos, mais elas podem estar motivadas a comportarem-se de uma forma mais saudável.; **H6** – As avaliações cognitivas e afectivas que as pessoas realizam sobre as suas próprias vidas (bem-estar subjectivo) estão em sintonia directa e positiva com a saúde, bem-estar global, qualidade de vida, fontes de bem-estar subjectivo; e modificam-se ao longo da vida (varia com o grupo etário). **H7** – Os *inputs* acrescentados ao Modelo de Produção de Saúde (serviços de saúde, rendimento, educação, habitação, ambiente familiar, (+) *auto-conceito, apoio social, recursos familiares, fontes de satisfação com a vida, orientação de vida (optimismo), esperança (estado), locus de controlo*) são um bom investimento do *stock* do capital de saúde.; **H8** – O sexo masculino apresenta maior bem-estar subjectivo ou saúde geral e orientação de

vida optimista do que o sexo feminino., **H9** – As emoções positivas, em particular o optimismo disposicional e a esperança estado, proporcionam o incremento de saúde e bem estar. As hipóteses revelaram-se verdadeiras e confirmaram os pensamentos e pressupostos delineados a partir dos vários autores citados ao longo do presente estudo.

A partir da análise das regressões *stepwise* foi construído um **Indicador de Bem-Estar Subjectivo [I.B.E.S.]** que permite predizer de modo objectivo o desenvolvimento salutar de uma personalidade em devir; conta com a participação das seguintes dimensões: saúde geral; optimismo disposicional; esperança estado; satisfação com a vida na sua globalidade; apoio social expressivo e instrumental, e satisfação com as fontes de bem-estar subjectivo.

Observámos uma **Constelação de Saúde** que foi delineada a partir das relações que se estabelecem entre as dimensões avaliadas pelos instrumentos adaptados neste estudo (I.E.S.S.S.; L.O.T. – R.; G.H.Q. (v. 12 itens); S.H.S. e E.F.S.V.) e pelos, instrumentos habitualmente utilizados na prática psicológica (I.C.A.C.; R.F.; L.C.S. e I.P.C.).

Ao considerar a saúde como variável dependente as variáveis predictivas seleccionadas através da regressão *stepwise* foram: auto-conceito; apoio social expressivo e instrumental; orgulho familiar; entendimento familiar; optimismo disposicional; satisfação com a vida em geral e suas fontes de bem-estar subjectivo; esperança estado; internalidade; e, destacando-se com orientação negativa, o locus de controlo externo de saúde; factor sorte e participação de outros poderosos.

Com a intenção de responder à questão **“Quem são os indivíduos com maior *stock* de saúde e o que é que os diferencia dos outros ?”**, procurámos



identificar os elementos da amostra que se encontram nos grupos extremos para podermos saber quem tem uma “boa saúde” e quem percebe uma “má saúde geral”. Os factores seleccionados indicaram a seguinte **previsão** – ***a capacidade de saúde geral (como o indivíduo a percebe) parece ser determinada pelo incremento do auto-conceito, auto-eficácia, apoio social expressivo e experimental, optimismo disposicional, satisfação com a vida em geral, esperança estado; e ainda, pela diminuição da crença da sorte ou externalidade congruente.*** Esta descrição corresponde ao indivíduo **A** (com bom stock de saúde) e o seu inverso corresponderá ao indivíduo **B** (mau stock de saúde). Estão confirmados os dois perfis previstos no início desta investigação.

A presente dissertação destaca factores psicológicos importantes para uma comunicação de vivências de saúde, salienta a interferência das diferenças de sexo na manifestação de emoções positivas, e de grupo etário nas prioridades do bem-estar. Adianta e é precursora da importância de alargar os *inputs* de saúde a factores psicológicos de saúde e relação (intra e inter); ao mesmo tempo que, e mostra como capitalizar o bem-estar e perspectiva linhas orientadoras para implementar e desenvolver planos, estratégias ou actividades que conduzam à manutenção ou melhoria de comportamentos salutareos, ou à mudança de condutas de risco (individual, comunitário ou social).

Agora, já sabemos que, para realizar o **incremento do capital do stock de saúde** é preciso ter em consideração os *inputs* estudados, tal constatação vem valorizar a importância de uma *Psicologia da Saúde e dos Relacionamentos Interpessoais*, como uma ciência do século XXI; do trabalho

de uma *equipa multidisciplinar*, constituída por elementos dos vários sectores implicados na génese de saúde; o valor e a urgência do exercício de uma *educação para a saúde* em várias vertentes (criança, adolescente, adulto, longo, família, escola, empresa, local de trabalho, comunidade, sociedade). Esperamos que estas constatações incentivam e estimulam a novos estudos e investigações, no sentido de construirmos em conjunto mais bem-estar para nós próprios e para os outros.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADA REPORTS** (1996) – Position of the American Dietetic Association: Nutrition education for the public. *Journal of The American Dietetic Association*, 11, 1183-1187.
- ALBUQUERQUE, A.** (1987) – *Stress, causas, Prevenção e Controlo*. Lisboa, Texto Editora.
- ALLAIN, T., MATENGA, J., GOMO, Z., ADAMCHAK, D. & WILSON, A.** (1996) – Determinants of happiness and life satisfaction in elderly Zimbabweans. *Central African Journal of medicine*, 42, 11, 308-311.
- ALMEIDA, L. & FERREIRA, J.** (1997) – *Questionário de Vivências Académicas (Q.V.A)*. Braga, Universidade do Minho, Centro de Estudos em Educação e Psicologia.
- ALMEIDA, L.** (1998) – Questionário de Vivências Académicas para Jovens Universitários: Estudos de Construção e de Validação. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación*, nº 2 (vol.3) Ano 2º, 113-130.
- AMORIM, M. & COELHO, R.** (1999) – Saúde, Doença e Qualidade de Vida. *Psiquiatria Clínica*, 20, 3, 235-241.
- ALVES GOMES, A., CORTESÃO, E.L. & SILVA, S.** (1986) – *Psiquiatria, Neurologia e Saúde Mental na Práxis do Clínico Geral*. Lisboa, Laboratórios U.C.B.
- ANTONOVSKY, A.** (1984) – The sense of coherence as determinant of health., J. MATTARAZO, S. WEISS, J. HERD, N. MILLER & S. WEISS (Eds) – *Behavioral health*. New York, John Wiley & Sons, 114-129.
- ARGYLY, M.,** (1987) – *The Psychological Happiness*. London, Methuen & Co.LTd.
- ARGYLE, M. & LU, L.** (1990) – The happiness of extraverts. *Per & Indiv. Diff.* 11, 1011-1017.

- ASTEDT, P. & HOPIA, H.** (1996) – The family interview: exploring experiences of family health and well-being, *Journal of Advanced Nursing*, 24, 506-511.
- AUSLOOS, G.** (1996) – *A Competência das Famílias – Tempo, caos, processo*. Lisboa, CLIMEPSI Editores.
- BARROS, A., BARROS, J. & NETO, F.** (1989) – Adaptação da Escala Locus de Controlo de Rotter, *Actas do Encontro Internacional de Intervenção Psicológica na Educação*. Porto, Associação dos Psicólogos Portugueses.
- BARNABÉ, R.** (1997) – Qualidade de vida, relação conjugal, satisfação sexual em mulheres mastectomizadas e mulheres tumorectomizadas – Um estudo comparativo. 2º *Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas.*, Lisboa, Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, Editor J. Ribeiro., 215-230.
- BARROS, L.** (1981) – Contribuição do estudo das significações sobre saúde e doença para as intervenções em psicologia pediátrica. *Análise Psicológica*, 1996, 2-3,XVI, 215-230.
- BARROS, J. & BARROS, A.** (1989) – Locus de controlo dos professores: relação com o tempo de serviço e o nível de ensino. J.CRUZ, R. GONÇALVES, & P. MACHADO – *Psicologia e Educação, Investigação e Intervenção*, Porto, Associação de Psicólogos Portugueses.
- BAUDRILLARD, J.** (1995) – *A Sociedade de Consumo*. Lisboa, Edições 70.
- BAUMGARDNER, A.** (1990) – To Know Oneself Is to Like Oneself: Self-Certainty and Self-Affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 6, 1062-1072.
- BAUMEISTER, R., WOTMAN, S. & STILLWELL, A.** (1993) – Unrequited love: On Heartbreak, Anger, Guilt, Scriptlessness, and Humiliation. *Journal of Pernonality and Social Psychology*, 64, 3, 377-394.
- BATSON, C., TURK, C., SHAW, L. & KLEIN, T.** (1995) – Information Function of Empathic Emotion: Learning That We Value the Othere's Welfare. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 2, 300-313.

- BELAR, C.** (1997) – Clinical Health Psychology: A Specialty for the 21st century. *Health Psychology*, Vol. 16, 5, 411-416.
- BERSCHEID, E.** (1994) – Interpersonal relationships. *Annual Review of Psychology*, 45, 79-129.
- BERSCHEID, E.** (1999) – The Greening of Relationship Science. *American Psychologist*, Vol. 54, 4, 260-266.
- BITTI, P. & ZANI, B.** (1993) – *A Comunicação Pessoal como Processo Social*. Lisboa, Editorial Estampa.
- BLAXTER, M.** (1999) – Risk, health and social research: lessons from the ESRC programme on Risk and Human Behaviour. *Health, Risk & Society*, Vol. 1 (1), 11-24.
- BLAIS, M., HESS, U., BOURBONNAIS, J., SAINTONGE, J. & RIDDLE, A.** (1995) – Mens sana ad corpus sanum: Um modèle de motivation-stress-santé appliqué au couple et au travail. *Santé mentale au Québec*, 20, 2, 139-162.
- BROWN, J. & MANKOWSKI, A.** (1993) – Self-Esteem, Mood, and Sel-Evaluation: Changes in Mood and the Way You See You. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 3, 421-430.
- BOLICHES, A.** (1995) – *A Felicidade Pessoal*. Lisboa, Temas da Actualidade, S. A.
- BOWLBY, J.** (1976) – A natureza da ligação da criança com a mãe., D. RAJECKI, H. HOFFMAN, *et al.* (Eds.) – *As Ligações Afectivas Infantis*, Amadora, Livraria Bertrand.
- BRETON, P.** (1992) – *A Utopia da Comunicação*. Lisboa, Instituto Piaget.
- BREWIN, C.** – *Attributional processes and response to adversity*. Tese de PhD, University of Sheffield
- BREWIN, C. & SHAPIRO, D.** (1984) – *Beyond locus of control: attribution of responsibility for positive and negative outcomes*. *British Journal of Psychology*, 75, 43-49.
- BROCKMAN, J.** (1998) – *A Terceira Cultura*. Lisboa, Temas e Debates

- BOYLE, E. & HARRISON, B.** (1981) – Factor structure of health locus of control scale *Journal of Clinical Psychology*, 37 (4), 8,9, 819-824.
- BUNDEK, N., MARKS, G. & RICHARDSON, J.** (1993) – Role of Health Locus of Control Beliefs in Cancer Screening of Elderly Hispanic Women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 12, 13, 193-199.
- CALMAN, K., BENNETT, P. & COLES, D.** (1999) – Risks to health: some key issues in management, regulation and communication. *Health, Risk & Society*, Vol. 1 (1), 107-116.
- CANAVARRO, M., VAZ SERRA, A., FIRMINO, H. & RAMALHEIRA, C.** (1993) – Recursos familiares e perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica*, 14 (2), 85-91.
- CANAVARRO, M.C.** (1997) – *Relações Afectivas ao longo do Ciclo de Vida e Saúde Mental*. Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra , Coimbra, Quarteto.
- CANAVARRO, M.C.** (1999) – Inventário de Sintomas Psicopatológicos. – B.C.I. M.R. SIMÕES, M.M. GONÇALVES & L.S. ALMEIDA (Eds.) – *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*. (Vol.II), Braga, S.H.O., APPORT, 95-109.
- CARRUTH, A., TATE, U., MOFFET, B. & HILL, K.** (1997) – Reciprocity, Emotional Well-Being, and Family functioning as determinants of Family Satisfaction in Caregivers of Elderly Parents. *Nursing Research*, 46, 2, 93-100.
- CHURCHMAN, A.** (1992) – A mulheres e a qualidade de vida urbana. *Jornal de Psicologia*, 10 , 3, 3-9.
- COHEN, S., DOYLE, W., SKONER, D., FIREMAN, P., GWALTNEY, J. & NEWSOM, J.** (1995) – State and Trait negative Affect as Predictors of Objective and Subjective Symptoms of Respiratory Viral Infections. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 1, 159-169.
- CONTENTO, I. et al.** (1995) – The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition education policy, programs, and research: a review of research. *Journal of Nutrition Education*, 27, 6, 277-422.

- COOK, W.** (1993) – Interdependence and the Interpersonal Sense of Control: An Analyses of Family Relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 4, 587-601.
- COSTA, C. & LIMA, L.** (1998) – O papel do amor na Percepção de Invulnerabilidade à SIDA. *Psicologia*, XII, (1), 41-62.
- CURRY, L. , SNYDER, C., COOK, D., RUBY, B. & REHM, M.** (1997) – Role of Hope in Academic and Sport Achievement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1257-1267.
- DAVIDHIZAR, R. & VANCE, A.** (1994) – In Pursuit of Happiness – How does one define and find Happiness. *TODAY'S O.R. NURSE*, 41-44.
- DEAN, A.** (1986) – Social Support in Epidemiological Perspective, in *Social Support, Life Events, and Depression*. London, Academic Press INC.
- DEJOURS, CH.** (1986) – Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 54, 7-11.
- DIENER, E.** (1984) – Subjective well-being. *Psychologycal Bulletin*, 95, 575.
- DIENER, E. & DIENER, M.** (1995) – Cross-cultural correlates of lefe satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663.
- DIENER, E., DIENER, M. & DIENER, C.** (1995) – Factors Predicting the Subjective Well-Being of Nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69,5,851-864.
- DOUGLAS, M.** (1997) – The depoliticisation of risk. R.ELLIS & M. THOMPSON (Eds) – *Culture Matters: Essays in Honor of Aaron Wildavsky*. Boulder, Westview, 121-132.
- DOWDY, S., DWIER, K., SMITH, C. & WALLSTON, K.** (1996) – Gender and psychological Well-Being of persons with Reumatoid Arthritis. *Arthritis Care and Research*, 9, 6, 449-456.
- DOWIE, J.** (1999) – Communication for better decisions: not about “risk”. *Health, Risck & Society*, Vol. 1 (1), 41-54.

- DOWNIE, R. & FYFE, C.** (1990) – Health Education in Schools. S. DOXIADIS – *Ethics in Health Education*, Chichester, John Wiley & Sons Ltd., 125-144.
- DRYDEN, W. & GORDON, J.** (1993) – *A Realização Pessoal*. Lisboa, Editorial Presença.
- DSM IV** (1996) – *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa, CLIMEPSI EDITORES.
- DUNGAN, J., BROWN, A. & RAMSEY, M.** (1996) – Health maintenance for the independent frail older: can it improve physical and mental well-being? . *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1185-1193.
- ECK, M., NICOLSON, N., BERKHOF, J.** (1998) – Effects of Stressful Dayle Events on Mood Sates: Relationship to Global Perceived Stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1572-1585.
- EISENBERG, N., FABES, R. & MURPHY, B.** (1995) – Relations of Shyness and Low Sociability to Regulation and Emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 3, 505-517.
- ENSEL, W. & WOELFEL, M.** (1986) – Measuring the Instrumental and Expressive Functions of Social Support., *Social Support, Life Events and Depression*. London, Academic Press, Inc., 129-152.
- EYSENCK, H.** (1986) – *Psicometria: A base da estatística para o estudo das diferenças individuais*. H. EYSENCK & G. WILSON – *Manual de Psicologia Humana*, Coimbra, Livraria Almedina, 143-179.
- EYSENCK, H. & WILSON, G.** (1986) – *Manual de Psicologia Humana*. Coimbra, Livraria Almedina.
- FARIA, M.C.** (1993) – *Comunicação Individual e Comunicação Social (a sua relação com Auto-Conceito, Temperamento, Apoio Social e Êxito)*. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, (não publicada).



- FARIA, M.C.** (1994a) – O Longevo- numa perspectiva gerontológica e tanatológica. *Ler Educação*, 13, 49-64.
- FARIA, M.C.** (1994b) – O Desenvolvimento das relações Humanas na Escola. *Actas das IV Jornadas – Educação e Desenvolvimento*, Beja, Escola Superior de Educação de Beja.
- FARIA, M.C.** (1994c) – A Higiene Mental no Mundo da Informação/Deformação. *Psiquiatria e Justiça (Actas)*, Porto, Associação Portuguesa de Estudos Psiquiátricos.
- FARIA, M.C.** (1996) – Na Escola a Saúde está Primeiro!? . *Ler Educação*, 19/20, 73-84.
- FARIA, M.C.** (1998a) – O Alentejo e o Mundo do Bem-Estar. *Actas das II Jornadas – O Alentejo e os Outros Mundos, Arquivo de Beja*, VII/VII – Série III, 371-385.
- FARIA, M.C.** (1998b) – A Educação Para a Saúde no Ensino Superior: Ficção ou Realidade!?. / *Congresso Nacional de Educação Para a Saúde (Actas)*, Braga, Departamento da Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- FARIA, M.C.** (1998c) – Apologia da Saúde na Escola. L. ALMEIDA *et al.*, *Actas do IV Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia*, Braga, Universidade do Minho, 216-220.
- FARIA, M.C.** (1999a) – O Indicador de Bem-Estar – Apoio Social, Saúde, Optimismo, Esperança e Fontes de Satisfação com a Vida. *Congresso Internacional Interfaces da Psicologia (Actas)*, Évora, Departamento da Pedagogia da Educação, Universidade de Évora.
- FARIA, M.C. & GONÇALVES, M.P.** (1999b) – Gabinete de Apoio Psico-Pedagógico (GAPP) do I.P.B.– por um futuro melhor. *6<sup>as</sup> Jornadas Pedagógicas – Educação Para a Cidadania (Actas)*., Beja, Escola Superior de Educação de Beja.
- FARIA, M.C.** (1999c) – A Prioridade da Educação Para a Saúde na Escola. *6<sup>as</sup> Jornadas Pedagógicas– Educação Para a Cidadania (Actas)*, Beja, Escola Superior de Educação de Beja.
- FARIA, M.C.** (1999d) – Fontes de Bem-Estar Psicológico. *III Congresso Nacional de Psiquiatria – Velhas Faces Novas Perspectivas (Actas)*, Coimbra, Clínica Psiquiátrica dos H.U.C., Universidade de Coimbra.

- FEIST, G., BODNER, T., JACOBS, J., MILES, M. & YAN, V** (1995) – Integrating Top-Down and Bottom-Up Structural models of Subjective Well-Being: A Longitudinal Investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 1, 138-150.
- FERREIRA, J.A.** (1991) – *The Development and Validation of a Vocational Interest Inventory and its Relationship to Personality Characteristics*. Coimbra. (Tese de doutoramento).
- FERREIRA, J.A & SIMÕES, A.** (1999) – Escalas de Bem-Estar Psicológico (EBP). M.R. SIMÕES, M.M. GONÇALVES & L.S. ALMEIDA (Eds.) – *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (VOL:II), Braga, SHO, APPORT, 11-121.
- FEW, C.** (1997) – The politics of sex research and constructions of female sexuality: what relevance to sexual health work with young women. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 615-625.
- FINCH, J.** (1994) – Do Families Support Each Other More or less than in the Past ?. M. DRAKE – *Time; Family and Community History*, Cambridge, The Open University, 91-105.
- FINCHAM, F.D. & CAIM, K.** (1986) – Learned helplessness in humans: A developmental analyses. *Developmental Review*, 6, 301-333.
- FREUD, S.** (1910) – *Jokes and Their Relation to the Unconscious*. Leipzig, Franz Deuticks.
- FRIEDMAN, H., et al.** (1993) – Does Childhood Personality Predict Longevity ?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65,1,176-185.
- FOGEL, A.** (1993) – *Developing Trough Relationships*. New York, Harvester Wheatsheaf.
- FROMM, E.** (1999) – *Ter ou Ser ?*. Lisboa, Editorial Presença.
- FURNHAM, A.** (1981) – Personlity and activity preference. *B. J. of Soc. Psych.*, 20, 57-69-8.
- GAL, R.** (1985) – *História da Educação*. Lisboa, Veja Universidade
- GARYFALLOS, G. et al.,** (1991) – Grek version of the General Health Questionnaire. Accuracy of Translation and Validity. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 84, 317-378.

- GEADA, M.** (1996) – Mecanismos de defesa e de coping e níveis de saúde em adultos. *Análise Psicológica*, 2-3, (XIV), 191-201.
- GIDDENS, A.** (1992) – *As Consequências da Modernidade*. Oeiras, Celta Editora.
- GIRALDES, M.** (1993) – Saúde e Factores Sócio-Económicos., E.IPERATORI & M. GIRALDES (Eds) – *Metodologia do Planeamento da Saúde.*, Lisboa, Edições Saúde, 7-12
- GOTTFREDSON, L.** (1985) – Role of self-concept in vocational theory, *Journal of Counseling Psychology*, 32, 159-162.
- GOLDBERG, D. & WILLIAMS, P.** (1991) – A user's Guide to the General Health Questionnaire. Windsor: NFER-Nesol.
- GREEN, C. & REID, D.** (1996) – Defining, validating and increasing indices of happiness among people with profound multiples disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 67-68.
- GREEN, W. & SIMONDS-MORTON, B.** (1988) – *Education Para la Salud*. México, Nueva Editorial Interamericana, McGraw-Hill.
- GROSSMAN, M.** (1972) – The Demand for Health: a Theoretical and Empirical Investigation. Nova York, *National Bureau of Economic Research* , 17, 119.
- GRUEN, A.**(1995) – *A Loucura da Normalidade*. Lisboa, ASSÍRIO & ALVIM
- GUIDIANO, F.** (1987) – *Complexity of the self, A development approach ro Psychopathology and Therapy*. New York, The Guilford Press.
- GUIMARÃES, F.** (1994) – Os problemas da Modernidade. Lisboa, Editorial Presença.
- HART, G.** (1999) – Risk and and health: challenges and opportunity. *Health, Risk & Society*, Vol.1 (1), 7-10.
- HAVERGREAVES, D.** (1972) – *Interpersonal Relations and Education*. London, International Library and Sociology, Edited by Johnn Rex

- HENNING, R., et al.** (1997) – Frequent short rest breaks from computer work: effects on productivity and well-being at two field sites. *Ergonomics*, 40, 1, 78-91.
- HESS, T., BOLSTAD, C., WOODBURN, S. & AUMAN, C.** (1999) – Trait Diagnosticity Versus Behavioral Consistency as Determinants of Impression Change in Adulthood. *Psychology and Aging*, Vol. 14, 1, 77-89.
- HOLTGRAVE, D.** (1997) – Influence of Behavioral and Social Science on Public health Policymaking, *American Psychologist*, 52, 2, 167-173.
- HOPTON, J. et al.** (1995) – Measuring Psychological Well-Being. The Adapted General Well-Being Index in a primary care setting: a test of validity. *Family Practice*, 12, 452-460.
- INGHAM, R.** (1986) – Psychological contribution to the study of leisure – part one. *Leisure Studies*, 5, 255-279.
- IVANCIC, M., BARRET, G., SIMONOW, A. & KIMBERLY, A.** (1997) – A Replication to increase happiness Indices Among Some People with Profound Multiple Disabilities. *Research in Development Disabilities*, 18, 1, 79-89.
- JANUS, M. & GOLDBERG, S.** (1997) – Factors influencing family participation in a longitudinal study: comparison of pediatric and healthy samples. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 2, 245-262.
- JOYCE-MONZ, L. & REIS, J.** (1992) – Desenvolvimento e dialéctica de significações de doença e confronto em psicologia da saúde. *Psychologica*, 6, Coimbra.
- JOYCE-MONIZ, L.** (1993) – *Psicopatologia do Desenvolvimento do Adolescente e do Adulto*. Lisboa, McGraw-Hill.
- KELLEY, H.** (1979) – *Personal Relationships*. Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- KENNY, D. & KASHY, D.** (1995) – Enhanced Co-Orientation in the Perception of friends: A Social Relations Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 6, 1024-1033.
- KRIPPENDORF, J.** (1989) – *Sociologia do Turismo – Para uma nova compreensão do lazer e das viagens*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.

- LAMPERT, E.** (1998) – A Universidade no Século XXI: Projecções e Desafios. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Education*, nº2 (vol.2) Ano 2º, 5-14.
- LANSFORD, J., SHERMAN, A. & ANTONUCCI, T.** (1998) – Satisfaction with Social Networks: An Examination of Socioemotional Selectivity Theory Across Cohorts. *Psychology and Aging*, 13, 4, 544-552.
- LASKO, D. et al.** (1996) – Adolescent Depressed Mood and Parental Unhappiness. *Adolescence*, 31, 121, 50-57.
- LEPLAT, J.** (1999) – Cognitive Error Analysis. *European Review of Applied Psychology*, 1º trimestre, Vol. 49, 1, 42.
- LEWIS, C., JOSEPH, S. & McCOLLAM, P.** (1996) – Convergent Validity of the Depression-Happiness Scale with the Crown-Crisp Experimental Index. *Psychological Reports*, 78, 497-498.
- LIMA, L.** (1998a) – Percepção de Riscos. *Psicologia*, XII (1), 9-10
- LIMA, L.** (1998b) – Factores Sociais na Percepção de Riscos. *Psicologia*, XII (1), 11-28.
- LIN, N.** (1986a) – Conceptualizing Social Support., *Social Support Life Events, and Depression*. London, Academic Press, Inc., 17-30.
- LIN, N.** (1986b) – Epilogue: In Retrospect and Prospect, *Social Support, Life Events, and Depression*. London, Academic Press, Inc., 341-342.
- LIPOVETSKY, G.** (1983) – *A Era do Vazio. Ensaio sobre o individualismo contemporâneo*. Lisboa, Relógio D'Água.
- LOPES, H. & RIBEIRO, J.** (1997) – Qualidade de vida em mulheres submetidas a histerectomia ou ovariectomia para tratamento de cancro do útero ou ovários. 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas, Lisboa, Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, J. Ribeiro editor., 291-305.

- LU, L. & ARGYLE, M.** (1994) – Leisure Satisfaction and Happiness as function of Leisure Activity. *Kaohsiung J. Med. Sci.*, 10, 89-96.
- LU, L.** (1995) – The relationship between Subjective Well-Being and Psychology variables in Taiwan. *The Journal of Social Psychology*, 135, 3, 351-357.
- LUCAS, R., DIENER, E. & SUH, E.** (1996) – Discriminant Validity of Well-Being Measures. *Journal of Personality and Social Psychology.*, 71, 3, 616-628.
- LYUBOMIRSKY, S. & ROSS, L.** (1997) – Hedonic Consequences of Social Comparison: A Contrast of Happy and Unhappy People. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 6, 1141-1157.
- MAÇA, L. & TRINDADE, I.** (1997) – Intervenção psicológica em programas de saúde escolar no sistema de cuidados de saúde primários. J. RIBEIRO (Ed.) – 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Actas, Braga, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 149-163.
- MALSON, L.** (1978) – *As Crianças Selvagens*. Porto, Livraria Civilização.
- MARSHALL, G., WORTMAN, C., KUSULAS, J., HERVIG, L. & VICKERS, R.** (1992) – Distinguishing Optimism from Pessimism: Relations to Fundamental Dimensions of Mood and Personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 6, 1345-1353.
- MARTINS, I.** (1986) – Emoções. H. EYSENCK & G. WILSON (Eds.) – *Manual de Psicologia Humana*, Coimbra, Livraria Almedina, 39-61.
- MARTINS d'OLIVEIRA, G.** (1998) – *Educação ou Barbárie ?*. Lisboa, Gradiva.
- MARSHALL, G., WORTMAN, C., et al.** (1992) – Distinguishing Optimism from Pessimism: Relations to Fundamental Dimensions of Mood and Personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 6, 1067-1353.
- MATARAZZO, J. & LECKLITER, I.** (1988) – Behavioral health: the role of good and bad habits in health and illness, S. MAES, C. SPIELBERGER, P. DEFARES & I. SARASON – *Topics in Health Psychology*, Chichester, John Wiley & Sons Ltd, 3-20.

- MAYNARD, A.** (1981) – The inefficiency and inequalities of the health care system of Western Europe. *Social Policy and Administration*, 15,2,145-163.
- MAYNARD, A. & LUDBROOK, A.** (1982) – Inequality, the National Health Service and health policy. *Journal of Public Policy*, 2 (2), 97-116.
- McFARLAND, C. & BUEHLER, R.** (1998) – The Impact of negative Affect on Autobiographical Memory: The Role of Self-Focused Attention to Moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1424-1440.
- MCINTYRE, T.M.** (1994) – A Psicologia da Saúde: Unidade na Diversidade. T.M. MCINTYRE (Ed.) – *PSICOLOGIA DA SAÚDE: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*, Braga, Associação dos Psicólogos Portugueses, 17-32.
- MIGUEL, A., CARVALHO, A. & BATISTA, A.** (1999) – Estudo das características Psicométricas de um Questionário de saúde em jovens adultos – A. Soares, S. Araújo, & S. Caires (Org.s) – *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos (VI)*, Braga, APPORT, Associação de Psicólogos Portugueses, 699-708.
- MILLER, B. & WOOD, B.** (1997) – Influence of Specific Emotional States on Autonomic Reactivity and Pulmonary Function in Asthmatic Children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36, 5, 669-677.
- MIROWSKY, J. & ROSS, C.** (1996) – Fundamental Analysis in Research on Well-Being: Distress and the Sense of Control. *The Gerontologist*, 36, 5, 584-592.
- MORIN, R. & ROY, G.** (1996) – La dispensation des services de santé publique, Proposition d'un cadre de référence. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 87, 1.
- MUSSCHENGA, A.** (1997) – The Relation between Concepts of Quality-of-life, Health and Happiness. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 22, 11-28.
- MYERS, D. & DIENER, E.** (1995) – Who is happy?. *Psychological Science*, 6, 10-19.
- NATÁRIO, E.** (1993) – Escola Promotora de Saúde. Conceitos e Princípios de Intervenção. *Promover a Saúde na Escola, Texto de Apoio 1/93*, Direcção de Serviços de Saúde Escolar e Ocupacional Núcleo de Saúde Escolar, Lisboa, Direcção-Geral de Saúde.

- NAVARRO, M.F.** (1995) – Modelos de Intervenção em Saúde na Educação Pré-Escolar e nos Ensinos Básico e Secundário. *Educação e Saúde, Programas de Promoção e Educação Para a Saúde (P.P.E.S.)*, nº38 (modsaesc.doc.), 1-13.
- NEGREIROS, J.** (1998) – *Prevenção do Abuso do Álcool e Drogas nos Jovens*. Braga, Instituto de Ciências do Comportamento desviante, Lusografe-Braga.
- NETO, F. et al.** (1990) – Satisfação com a vida. *A acção educativa: Análise psico-social*, Leiria, ESEL/APPORT, 105-117.
- NETO, F., BARROS, A. & BARROS, J.** (1990) – Atribuição de responsabilidade e locus de controlo. *Psiquiatria Clínica*, 11, (1) 45-54.
- NEZLEK, J., IMBRIE, M. & SHEAN, G.** (1994) – Depression and Everyday Social Interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 6, 1101-1111.
- NOACK, H.** (1987) – Concepts of health and helth promotion. T. ABELIN, *et al.* (Eds.) – *Measurement in health promotion and protection*, Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe, 5-28.
- O'CONNELL, W.** (1987) – Humor. *Concise Encyclopedia of Psychology*, New York, Johnh Wiley & Sons, 549-550.
- OJEA RÚA, M.** (1998) – Asesoramento Psicopedagógico e Modelos Educativos de Inclusión: Importancia da Orientación Externa desde un Enfoque Exolóxico. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxia e Education*, nº2 (vol.2) Ano 2º, 15-30.
- OMS** (1979) – *Metas da saúde para todos no ano 2000*. Lisboa, OMS.
- OMS** (1998) – *Rapport sur la santé dans le monde 1998. La vie au 21 ° Siècle: une perspective por tous*. Genève: OMS
- OSOBÁ, D.** (1991) – Measuring the effect of cancer on quality of life. D. OSOBÁ (Ed.) – *Effect of cancer in quality of life*, Florida, CRC Press, 25-40.
- OSORIO, L.** (1996) – *Família Hoje*. Porto Alegre, Artes Médicas.



- PAVOT, W., DINER, E., COLVIN, C. & SANDVIK, E.** (1991) – Further validation of the satisfaction with life scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57, 1, 149-161.
- PEREIRA, M.** (1996) – O psicólogo no contexto de saúde: Modelos de colaboração. *Análise Psicológica*, 2-3, XVI, 357-361.
- PETTIJOHN II, T. & PETTIJOHN, T.** (1996) – Perceived Happiness of College Students measured by Maslow's Hierarchy of Needs. *Psychological Reports*, 79, 759-762.
- PRUCHNO, R. & BURANT, C.** (1997) – Typologies of Caregiving Families: Family Congruence and Individual Well-Being. *The Gerontologist*, 37, 2, 157-167.
- RAMONET, I.** (1999) – *A Tirania da Comunicação*. V.N. Famalicão, Campo das Letras.
- RELVAS, A.** (1995) – Textos e Contextos Educativos Familiares. *Ler Educação*, 17/18, 115-117
- RELVAS, A.** (1996) – *O Ciclo Vital da Família*. Porto, Eduções Afrontamento.
- RELVAS, J., VAZ SERRA, A. & SARAIVA, C. & COELHO, I.** (1984) – Resultado da aplicação da Escal IPC de Levenson a estudantes universitários. *Psiquiatria Clínica*, 5, (3), 119-124.
- RIBEIRO, J.** (1989) – A Intervenção Psicológica na Promoção da Saúde. *Jornal de Psicologia*, 8, 2, 19-22.
- RIBEIRO, J.** (1994a) – A Psicologia da Saúde e a Segunda Revolução da Saúde. T. MCINTYRE (Ed.) – *PSICOLOGIA DA SAÚDE: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*, Braga, Associação de Psicólogos Portugueses, 33-53.
- RIBEIRO, J.** (1994b) – Psicologia da Saúde, Saúde e Doença. T. MCINTYRE – *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*, Braga, Associação de Psicólogos Portugueses, 55-72.
- RIBEIRO, J.** (1994c) – A importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 2-3, (XII), 179-191.

- RIBEIRO, J.** (1994d) – Reconstrução de uma escala de Locus de Controlo de Saúde. *Psiquiatria Clínica*, 15, 6, 1069-1081.
- RIBEIRO, J.** (1996) – Saúde e desenvolvimento. *Análise Psicológica*, , 2-3 (XIV), 177-190.
- RIBEIRO, J.** (1997) – A promoção da saúde em toxicodependentes em recuperação. J. RIBEIRO (Ed.) – 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Actas, Braga, Instituto de Psicologia Aplicada.
- ROBINSON-WHELEN, S., KIM, C., MacCALLUM, R. & KIECOLT-GLASER, J.** (1997) – Distinguishing Optimism from Pessimism in Older Adults: Is it more important to be Optimistic or not to be Pessimistic?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 6, 1345-1353.
- RODRIGES, A.** (1990) – *Estratégias da Comunicação*. Lisboa, Editorial Presença.
- RODRIGUES, A.** (1994) – *Comunicação e Cultura. A Experiência Cultural na Era da Informação*. Lisboa, Editorial Presença.
- ROGADO, R. & TEIXEIRA, J.** (1997) – Intervenção psicológica na educação para a saúde no sistema de cuidados de saúde primários, J. RIBEIRO (Ed.) – 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Actas, Braga, 169-177.
- ROSEN, G.** (1994) – *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo, UNESP, 1994.
- ROSENZWEIG, M.** (1999) – Continuity and Change in the Development of Psychology Around the World. *American Psychologist*, Vol. 54, 4, 252-259.
- ROSS, C. & MIROWSKY, J.** (1989) – Explaining the social patterns of depression: control and problem-solving – or support and talking ?. *Journal of Health Soc. Behav.*, 30, 206-219.
- RUSSEL, N.** (1996) – *Manual de Educação Para a Saúde*. Lisboa, Direcção-Geral.
- RYFF, C.D.** (1989a) – Happiness is Everything, or Is it? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 6, 1069-1081.

- RYFF, C.D.** (1989b) – In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4, 2, 195-210.
- RYFF, C.D. & ESSEX, M.** (1991) – Psychology well-being in adulthood and old age: Descriptive markers and explanatory processes. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 144-171.
- SANDERSON, C.** (1999) – Role of relationship Context in Influencing College Students' Responsiveness to HIV Prevention Videos. *Journal of Personality and Social Psychology*, 18, 3, 295-300.
- SANNA, L., TURLEY-AMES, K. & MEIER, S.** (1999) – Mood, Self-Esteem, and Simulated Alternatives: Thought-Provoking Affective Influences on Counterfactual Direction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 4, 543-558.
- SANTOS, A., TRINDADE, I. & TEIXEIRA, J.** (1997) – Expectativas de auto-eficácia e qualidade de vida em sujeitos com artrite reumatóide do adulto. J. RIBEIRO (Ed.) *2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Actas*, Lisboa, Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, Editor J.Ribeiro.135-147.
- SANTOS, H.** (1993) – *Estatísticas, Bases de Dados e Sistemas de Informação*. Lisboa, Gabinete de Estudos e Planeamento, Ministério da Educação.
- SARASON, I., LEVINE, H., BASHAM, R. & SARASON, B.** (1983) – Assessing Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1, 127-139.
- SAVATER, F.** (1995) – *O Conteúdo da Felicidade*. Lisboa, Relógio D' Água.
- SÉGUÉLA, J.** (1998) – *O Futuro tem Futuro*, Mem Martins. Publicações Europa - América.
- SEIDLITZ, L. & DIENER, E.** (1993) – Memory for Positive Versus negative Life Events: Theories for the Differences Between and Unhappy Persons. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 4, 654-664.
- SELIGMAN, M.** (1998) – Striking a healthy balance in ethics. *APA Monitor*, 2

- SCHEIER, M., & CARVER, C.** (1985) – Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- SCHEIER, M. & CARVER, C.** (1992) – Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- SCHEIER, M., CARVER, C. & BRIDGES, M.** (1994) – Distinguishing Optimism from Neuroticism (and Trait Anxiety, Self-Mastery, and Self-Esteem): A Reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 6, 1063-1078.
- SFEZ, L.** (1990) – *Crítica da Comunicação*. Lisboa, Instituto Piaget.
- SFEZ, L.** (1995) – *A Saúde Perfeita– Crítica de uma nova utopia*. Lisboa, Instituto Piaget.
- SKINNER, B.** (1985) – *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo, Martins Fontes, (1ª Edição pelo autor em 1953).
- SHAPIRO, D.** (1986) – Entrevista Psicológica. H. EYSENCK & G. WILSON (Eds.) – *Manual de Psicologia Humana*, Coimbra, Livraria Almedina, 401-414.
- SHELDON, K. & KASSER, T.** (1995) – Coherence and Congruence: two Aspects of Personality Integration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 3, 531-543.
- SHERIDAN, E.** (1999) – Psychology's Future in Medical Schools and Academic Health Care Centers. *American Psychologist*, Vol. 54, 4, 267-271.
- SHIPPER, H., CHINCH, J. & POWELL, V.** (1990) – Definitions and conceptual issues. B. SPILKER (Ed.) – *Quality of life assessments in clinical trials*, New York, Raven Press, 11-24.
- SHORTER, E.** (1995) – *A Formação da Família Moderna*. Lisboa, Terramar.
- SHUMAKER, S., ANDERSEN, R., & CZAJKOWSKI, S.** (1990) – Psychological test and scales. B. SPILKER (Ed.) – *Quality of life assessments in clinical trials*, New York, Raven Press, 11-24.
- SILVA, S. & LIMA, L.** (1998) – Factores cognitivos Associados a Comportamentos de Prevenção Face às Cheias. *Psicologia*, XII (1).

- SIMON, R.** (1995) – Gender, Multiple Roles, Role Meaning, and mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 182-194.
- SIMÕES, A.** (1992) – Ulterior Validação de uma Escala de Satisfação com a Vida (S.W.L.S.). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI, 3, 503-515.
- SIMÕES, M. & VAZ SERRA, A.** (1987) – A importância do auto-conceito na aprendizagem escolar. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 21, 233-251.
- SIMÕES, M.** (1994) – *Investigações no âmbito da aferição nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Tese de Doutoramento em Psicologia (Avaliação Psicológica) apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (n.p.)
- SIMÕES, M., ALMEIDA, L. & GONÇALVES, M.** (1999) – Testes Psicológicos em Portugal: Roteiro de algumas questões que atravessam a utilização de instrumentos de/na Avaliação Psicológica. M.SIMÕES., M. GONÇALVES & L. ALMEIDA (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2), Braga, APPORT/SHO, 1-12
- SHERRY, W.** (1996) Everyday Cognitive Competence in Elderly Persons: Conceptual Issues and Empirical Findings. *The Gerontologist*, 36, 5, 595-601.
- SMITH, C. & WALLSTON, K.** (1992) – Adaptation in patients with chronic rheumatoid arthritis: application of a general model. *Health Psychol*, 11, 151-162.
- SMITH, J. & GOODNOW, J.** (1999) – Unasked-for Support and Unsolicited Advice: Age and the Quality of Social Experience. *Psychology and Aging*, Vol.14, 1, 108-121.
- SNYDER, C., HARRIS, C. ANDERSON, J. et al.** (1991) – The will and the ways: Development and validation of an individual – differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585.
- SNYDER, C., SYMPSON, C., YBASCO, F., BORDERS, T. BABY, M. & HIGGINS, R.** (1996) – Development and Validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 2, 321-335.

- SPITZ, R.** (1957) – *No and Yes: on the Genesis of Human Communication*. Nova Iorque, International Universities Press.
- SULTANS, S. & BUREAU, B.** (1999) – Quel optimisme en psychologie de la santé?. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 1<sup>o</sup> trimestre, 49, 1, 43-50.
- STEPTOE, A. & APPELS, A.** (1989) – *Stress, Personal Control and Health*. Brussels- Luxembourg; John Wiley & Sons, ix-x.
- STONGMAN, K.** (1998) – *A Psicologia da Emoção*. Lisboa, CLIMEPSI Editores.
- SYME, S.** (1989) – Control and health: personal perspective, STEPTOE, A. & APPELS, A. – *Stress, Personal Control and Health*. Brussels-Luxembourg; John Wiley & Sons, 3-18.
- TANSEY, J. & O'RIORDAN, T.** (1999) – Cultural theory and risk: a review. *Health, Risk & Society*, Vol.1, 1, 71-90.
- TEIXEIRA, J. & LEAL, I.** (1994) – Psicologia da Saúde: Contributos para a descrição do seu estado actual e perspectivas de desenvolvimento. T. MCINTYRE (Ed.) – *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*, Braga, Associação de Psicólogos Portugueses, 177-199.
- TEIXEIRA, J.** (1992) – Psicologia da Saúde: Estado Actual e Perspectivas Futuras. *Análise Psicológica*, 2(X), 149-157.
- TEIXEIRA, J. & TINDADE, I.** (1994) – Psicologia da Saúde nos Cuidados Primários. *Análise Psicológica*, 2/3(XII), 345-361.
- TEIXEIRA, J.** (1997) – Formação da Psicologia da Saúde. Experiência do ISPA e necessidades de formação para o desenvolvimento da Psicologia da Saúde em Portugal. J. RIBEIRO (Ed.) – *2<sup>o</sup> Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, ACTAS, Braga, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 371-383.
- TESSER, A., PILKINGTON, J. & McINTOSH, W.** (1989) – Self- Evaluation and the Mediational Role of Emotion: The Perception of Friends and Strangers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 3, 442-456.

- TOFLER, A. & TOFLER, H.** (1995) – *Criando uma Nova Civilização*. Lisboa, Edição “Livros do Brazil”.
- VALA, J. & MONTEIRO, M.** (1993) – *Psicologia Social*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- VAZ SERRA, A., PONCIANO, E. & FREITAS, J.** (1980) – Resultados da aplicação do *Eysenck Personality Inventory* a uma amostra de população portuguesa. *Psiquiatria Clínica*, 1(2), 127-132.
- VAZ SERRA, A. & FREITAS, J.** (1983)– Como aprender e desaprender um comportamento neurótico. *Psiquiatria Clínica*, 4, (1), 57-66
- VAZ SERRA, A.** (1986) – O Inventário Clínico do Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 62-84.
- VAZ SERRA, A.** (1988a) – Atribuição e Auto-Conceito. *Psychologica*, 1, 127-141.
- VAZ SERRA, A.** (1988b) – Um estudo sobre o coping: Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica*, 9, 4, 301-316.
- VAZ SERRA, A., FARIA, M.C. & FIRMINO, H.** (1992) – Relationships between Life Problems, Coping Mechanisms and Perceived Social Support. *22nd Congress of Association for Behavioral Therapy " Health and Community*, Coimbra, 9th-12th September.
- VAZ SERRA, A., FIRMININO, H., RAMALHEIRA, A. & CANAVARRO, M.** (1992) – Relation entre Ressources Familiales et Strategies d'Adaptation Individuelles et Familiales. *Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2, 2, 10-16.
- VAZ SERRA, A.** (1994) – *IACLIDE, Inventário de Avaliação Clínica de Depressão*. Coimbra, Edição Psiquiatria Clínica.
- VAZ SERRA, A.** (1999) – *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra, Edição do autor.
- VEST, G., RONNAU, J., LOPEZ, B. & GONZALES, G.** (1997) – Alternative health Practices in Ethnically Diverse Rural Areas: A Collaborative Research Project. *Health & Social Work*, 22, 2, 95-100.
- ZARIFIEN, (1993)** – *Act.Méd.Int. – Psychiatrie*, (11), Juillet

- WALLE, D., BROWN, S., CRON, W. & SLOCUM, Jr., J.** (1999) – The Influence of Goal Orientation and Self-regulation Tactics on Sales Performance: A Longitudinal Field Test. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 84, 2, 229-259.
- WALSH, J., JOSEPH, S. & LEWIS, C.** (1995) – Internal Reliability and Convergent Validity of the Depression-Happiness Scale with the General Health Questionnaire in an Employed Adult Sample. *Psychological Reports*, 76, 137-138.
- WATERMAN, A.** (1993) – Two Conceptions of happiness: Contrast of personal Expressiveness (Eudaimonia) and Hedonic Enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 4, 678-691.
- WATZLAWICK, P.** (1991) – *A Realidade é Real ?*. Lisboa, Relógio D'Água.
- WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. & JACKSON, D.** (1993) – *Pragmática da Comunicação Humana*. São Paulo, Editora Cultrix
- WETHINGTON, E. & KESSLER, R.** (1986) – Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 78-89.
- WILLIAMS, K. B. & WILLIAMS, K.D.** (1983) – Social Inhibition and Asking for Help: the effects of Number, Strength, and immediacy of potential Help Givers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1, 67-77.
- WILSON, G.** (1986) – Personalidade. H. EYSENCK & G. WILSON (Eds.) – *Manual de Psicologia Humana*, Coimbra, Livraria Almedina, 181-222.
- WOJCISZKE, B., BRYCZ, H. & BORKENAU, P.** (1993) – Effects of Information Content and Evaluative Extremity of Positive and negative Biases. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 3, 327-335.
- WHO** (1975) – *Education and Training in Human Sexuality: The Training of Health Professionals*. Technical Reports Series nº572. WHO, Geneva, Switzerland.



**WHO** (1990) – *Health Promoting School-Best of European Schools in: Council of Europe. European Conference of the Promoting of Education for Health Education Schools: A training manual for teachers*, Stransbourg.

**WILDER, D. & SHAPIRO, P.** (1984) – Role of Out-Group Cues in Determining Social Identity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 2, 342-348.

**WOLTON, D.** (1999) – *Pensar a Comunicação*. Algés, DIFEL, Difusão Editorial, S. A.

**WOLF, M.** (1992) – *Teorias da Comunicação*. Lisboa, Editorial Presença.

**WOLF, N.** (1991) – *O Mito da Beleza*. Lisboa, Difusão Cultural.

# ANEXOS

- A1- ***Inventário Clínico de Auto-Conceito*** (Vaz Serra, 1985)
- A2- ***Escala de Apoio Social Expressivo-Instrumental*** (Ensel & Woelfel, 1987, adaptado por Faria, 1999)
- A3- ***Recursos Familiares*** (Olson, Larsen & McCubbin, 1982, versão portuguesa Vaz Serra, Firmino, Ramalheira & Canavarro, 1992)
- A4- ***Escala de Esperança Estado*** (Snyder, Sympson, Ybasco, Borders & Higgins, 1996; adaptado por Faria, 1999)
- A5- ***Questionário de Saúde Geral (v.12 itens)*** (Golberg, 1978; adaptado por Faria, 1999)
- A6- ***Teste de Orientação de Vida (LOT-R)*** (Scheier, Carver & Bridges, 1994; adaptado por Faria 1999)
- A7- ***Escala de Fontes de Satisfação com a Vida*** (Faria, 1999)
- A8- ***Locus de Controlo de Saúde*** (Ribeiro, 1994)
- A9- ***Escala IPC (Internal, Powerful Others and Chance) de Levenson*** (Levenson, 1972, adaptado por Relvas, Vaz Serra, Saraiva & Coelho, 1984)
- A10- ***Questionário sócio-demográfico e de saúde***

**A1- Inventário Clínico de Auto-Conceito** (Vaz Serra, 1985)**Inventário Clínico de Auto-Conceito**  
(Vaz Serra, 1985)

Todas as pessoas têm uma ideia como são. A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere, sobretudo, *a sua maneira de ser habitual* e não o seu estado de espírito de momento. Coloque uma (X) no quadrado que pense que se aplica de forma característica.

	Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Muito	Concordo Muitíssimo
1. Sei que sou uma pessoa simpática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Considero-me tolerante para com as outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tenho por hábito ser resistente na resolução das minhas dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Considero-me competente naquilo que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sou uma pessoa que gosto muito de fazer o que me apetece.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Considero-me uma pessoa agradável no comportamento com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Gosto sempre de me sair bem das coisas que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## A2- Escala de Apoio Social Expressivo-Instrumental (Ensel & Woelfel, 1987, adaptado por Faria, 1999)

### ESCALA DE APOIO SOCIAL EXPRESSIVO-INSTRUMENTAL (ENSEL & WOELFEL, 1987)

Versão portuguesa, Faria, 1999))

Segue-se uma lista de problemas que a maior parte das pessoas apresenta. Diga a frequência com que foi incomodado por estes problemas, nos últimos seis meses. Assinale com uma cruz (X) o quadrado que lhe corresponda.

	MUITO OU A MAIOR PARTE DO TEMPO	OCASION ALMENTE	ALGUMAS VEZES	RARAMENTE	NUNCA
1. Problemas em gerir o dinheiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Falta de uma companhia íntima.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter muitas responsabilidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Não ter pessoas que o/a possam apoiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tempo demasiado ocupado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Não ter uma vida sexual satisfatória.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ter problemas de comunicação com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Não estar frequentemente com as pessoas de que mais gosta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Decidir como gastar dinheiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Não ter responsabilidades suficientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Não ter ninguém que se mostre preocupado com os seus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter pouco tempo livre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Não ter o dinheiro suficiente para fazer o que você quer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Problemas com as crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Não ter um trabalho satisfatório.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se muito controlado pelos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Não ter dinheiro suficiente a que possa recorrer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Insatisfeito(a) com o seu estado civil ( solteiro(a), casado(a), viúvo(a), divorciado(a) ou outro).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Não ter amigos íntimos suficientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Problemas com o conjuge (ex-conjuge).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Não ter alguém que lhe demonstre amor e afecto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se dependente dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Haver pessoas a interagir na sua vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Problemas com familiares (sogros, cunhados, primos...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Não ter alguém que compreenda os seus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ter muito tempo disponível.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Conflitos com pessoas que lhe são chegadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Não ser capaz de ir a algum lugar por falta de meio de transporte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A3- Recuros Familiares** (Olson, Larsen & Mccubbin, 1982, versão portuguesa Vaz Serra, Firmino, Ramalheira & Canavarro, 1992)

**RECURSOS FAMILIARES**

(Olson, Larsen, Mccubbin, 1982)

Versão Portuguesa, Vaz Serra *et al.* 1990

*Por favor, classifique as seguintes frases de acordo com o que se passa na sua família.*

		DISCORDO MUITO	DISCORDO MODERADAM ENTE	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO MODERADAM ENTE	CONCORDO MUITO
1.	Podemos exprimir abertamente os nossos sentimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•	•	•	•	•	•
2.	Temos tendência a sentirmo-nos preocupados com muitas coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•	•	•	•	•	•
3.	Temos, na verdade, muita confiança uns nos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•	•	•	•	•	•
4.	Os nossos problemas são sempre os mesmos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•	•	•	•	•	•
5.	Há lealdade para com a família por parte de todos os membros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•	•	•	•	•	•
6.	Parece-nos sempre difícil realizar aquilo que queremos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•	•	•	•	•	•
7.	Somos críticos uns para com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•	•	•	•	•	•
8.	Como família compartilhamos os mesmos valores e crenças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•	•	•	•	•	•
9.	As coisas correm bem para nós, como família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•	•	•	•	•	•
10.	Os membros da família respeitam-se uns aos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•	•	•	•	•	•
11.	Há muitos conflitos na nossa família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•	•	•	•	•	•
12.	Temos orgulho na nossa família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	•	•	•	•	•	•

**A4- Escala de Esperança Estado** (Snyder, Sympson, Ybasco, Borders & Higgins, 1996; adaptado por Faria, 1999)

## ESCALA DE ESPERANÇA ESTADO

(Snyder, Sympson, Ybasco, Borders, Babyak & Higgins, 1996, Adaptada por Faria, 2000)

Leia cada um dos itens cuidadosamente. Utilizando a escala que se segue, selecione o número que melhor descreve **a maneira como se vê neste momento** e assinale com uma cruz (X).

**Faça durante alguns instantes uma breve reflexão sobre si próprio(a) e o que está a acontecer na sua vida neste momento.**

Uma vez que você tenha **definido o seu presente** avance e responda a cada item de acordo com a seguinte escala:

0= Discordo de maneira muito acentuada

1= Discordo de maneira acentuada

2=Discordo

3=Concordo

4=Concordo de maneira acentuada

5=Concordo de maneira muito acentuada

1	Se eu me encontrasse numa situação confusa, eu seria capaz de encontrar diversas saídas para essa situação.	0	1	2	3	4	5
2	Neste momento, eu estou a lutar com muita energia para alcançar os meus objectivos.	0	1	2	3	4	5
3	Existem muitas formas de resolver qualquer problema que eu esteja a enfrentar.	0	1	2	3	4	5
4	Neste momento, considero-me uma pessoa razoavelmente bem sucedida.	0	1	2	3	4	5
5	Eu consigo pensar em muitas formas de atingir os meus objectivos deste momento.	0	1	2	3	4	5
6	Presentemente, eu estou a alcançar os objectivos que coloquei a mim próprio(a).	0	1	2	3	4	5

## A5 - Questionário de Saúde Geral (v.12 itens) (Golberg, 1978; adaptado por Faria, 1999)

### QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL (V 12itens) (GOLDBERG,1978)

Versão Portuguesa, Faria, 1999

O conjunto de questões que vai responder, pretende saber como as pessoas se têm sentido nos últimos tempos, reletivamente aos acontecimentos de vida em geral.

Para cada questão deverá escolher e assinalar com uma cruz (X) uma das seguintes respostas :

1. ABSOLUTAMENTE VERDADEIRO
2. VERDADEIRO
3. INDIFERENTE
4. FALSO
5. ABSOLUTAMENTE FALSO

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Últimamente, tem sido capaz de se concentrar naquilo que faz ?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Tem perdido o sono por estar preocupado(a) ?                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Tem sentido que tem uma participação útil nos acontecimentos ?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Tem sido capaz de tomar decisões ?                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Tem-se sentido constantemente sob pressão ?                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Tem sentido que não consegue ultrapassar as suas dificuldades ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Tem sentido prazer nas suas actividades diárias ?               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Tem sido capaz de enfrentar os seus problemas ?                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Tem-se sentido triste ou deprimido(a) ?                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Tem perdido confiança em si próprio (a) ?                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Tem -se considerado uma pessoa sem valor ?                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Apesar de tudo, tem-se sentido razoavelmente feliz ?           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**A6- Teste de Orientação de Vida (LOT-R)** (Scheier, Carver & Bridges, 1994; adaptado por Faria 1999)

---

**TESTE DE ORIENTAÇÃO DE VIDA (LOT-R)**  
(Scheier, Carver & Bridges, 1994; adaptado por Faria 1999)

Não existem respostas certas ou erradas. Seja cuidadoso(a) ao responder á questão de cada *item* e não deixe que a resposta dum influencie a resposta ás outras.

Emita a sua opinião a partir da seguinte escala:

- 0 DISCORDO BASTANTE
- 1 DISCORDO
- 2 NEUTRO
- 3 CONCORDO
- 4 CONCORDO BASTANTE

1.	<i>Em situações difíceis espero sempre o melhor.</i>	0	1	2	3	4
2.	<i>Para mim, é fácil relaxar-me.</i>	0	1	2	3	4
3.	<i>Se alguma coisa de errado tiver de acontecer comigo, acontecerá de certeza.</i>	0	1	2	3	4
4.	<i>Sou sempre optimista relativamente ao futuro.</i>	0	1	2	3	4
5.	<i>Eu gosto muito dos meus amigos.</i>	0	1	2	3	4
6.	<i>Para mim, é importante manter-me ocupado(a).</i>	0	1	2	3	4
7.	<i>Quase nunca espero que as coisas corram a meu favor.</i>	0	1	2	3	4
8.	<i>Não fico facilmente preocupado (a).</i>	0	1	2	3	4
9.	<i>Raramente espero que as coisas boas me aconteçam.</i>	0	1	2	3	4
10.	<i>No conjunto, espero que me aconteçam mais coisas boas do que más.</i>	0	1	2	3	4



## A7- Escala de Fontes de Satisfação com a Vida (Faria, 1999)

### ESCALA DE FONTES DE SATISFAÇÃO COM A VIDA (E.F.S.V.)

(FARIA, 1999)

**Devido à sua maneira de ser habitual refira qual é o seu grau de satisfação com a sua vida ?**

EXPRESSE-O NA SEGUINTE ESCALA ATRAVÉS DE UM CÍRCULO:

COMPLETAMENTE INSATISFEITO(A)	NEUTRO			COMPLETAMENTE SATISFEITO(A)
0	1	2	3	4

**Coloque por *ORDEM DE IMPORTÂNCIA* (1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup>, ...) as seguintes fontes de satisfação na vida quotidiana e expresse o seu *GRAU DE SATISFAÇÃO* relativo a elas através da escala:**

Ordem de importância	Fontes de satisfação na vida quotidiana	Compl. Insatisf.		Neutro		Compl. Satisf.
—	vida em família	0	1	2	3	4
—	casamento (namoro...)	0	1	2	3	4
—	situação financeira	0	1	2	3	4
—	habitação	0	1	2	3	4
—	emprego	0	1	2	3	4
—	amizade	0	1	2	3	4
—	saúde	0	1	2	3	4
—	actividades de lazer	0	1	2	3	4
—	educação (formação)	0	1	2	3	4
—	relações sociais	0	1	2	3	4
—	projecto de vida	0	1	2	3	4

## A8- Locus de Controlo de Saúde (Ribeiro, 1994)

### Locus de Controlo de Saúde (Ribeiro, 1994)

Os indivíduos não são todos iguais a lidar com a saúde. Cada uma das afirmações seguintes representa um comportamento que se pode apresentar. Coloque uma cruz (X) no quadrado, que em cada questão, melhor relata a sua forma de agir.

		Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Muito	Concordo Muitíssimo
1	Se uma pessoa tiver cuidado com o que faz consegue evitar muitas doenças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Consultar regularmente um bom médico é a única coisa que se pode fazer para não ter problemas de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Recuperar de uma doença não tem nada a ver com a sorte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Para se recuperar de uma doença são necessários, essencialmente, bons cuidados médicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	No que diz respeito à saúde, as pessoas têm, apenas, de seguir as instruções do seu médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	O facto das pessoas se sentirem bem, ou não, depende muitas vezes, do acaso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Em saúde não se pode invocar, nunca, má sorte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	As pessoas que nunca adoecem é porque têm muita sorte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Muitas das coisas que afectam a saúde das pessoas são fruto do acaso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Manter contacto regular com o médico é a única maneira de evitar ficar doente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ter, ou não, boa saúde é, apenas, uma questão de sorte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	A sorte desempenha um papel importante na quantidade de tempo que uma pessoa leva a recuperar de uma doença.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Quando alguém recupera de uma doença é, normalmente porque algumas pessoas (por ex. o médico ou enfermeira, família, amigos) tomaram bem conta dela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Procurar o médico para fazer <i>check-ups</i> regulares é um factor chave de se manter saudável.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## A9- Escala IPC (*Internal, Powerful Others and Chance*) de Levenson (Levenson, 1972, adaptado por Relvas, Vaz Serra, Saraiva & Coelho, 1984)

### Escala I.P.C. de Levenson (1972) Adaptado por Relvas, Vaz Serra, Saraiva & Coelho, 1984)

Estão aqui algumas questões relativas à maneira como reage, sente e actua. Responda depressa e não fique a pensar muito sobre a mesma questão; desejamos a sua primeira impressão e não o resultado de um longo juízo sobre o assunto. No total as respostas a dar deverão demorar mais de alguns minutos. Certifique-se no final de que não deixou qualquer questão por responder. Responda por isso depressa e a todas as perguntas. Não existem nem respostas certas nem erradas, pois, esta não é uma escala de inteligência nem de aptidões, mas, uma medida da maneira como reage.

À frente de cada questão estão colocados seis pontos. Coloque um círculo à volta do número que corresponde à sua maneira de ser de acordo com a seguinte distribuição:

1. Discordo de maneira muito acentuada
2. Discordo de maneira acentuada
3. Discordo
4. Concordo
5. Concordo de maneira acentuada
6. Concordo de maneira muito acentuada

1.	Se consigo ou não vir a ser um chefe depende principalmente das minhas aptidões.	1	2	3	4	5	6
2.	Em grande parte a minha vida é controlada por factores acidentais.	1	2	3	4	5	6
3.	Tenho a sensação que o que acontece na minha vida é em grande parte determinado por outras pessoas poderosas.	1	2	3	4	5	6
4.	Se tenho ou não um acidente de automóvel depende principalmente de eu ser ou não um bom condutor.	1	2	3	4	5	6
5.	Quando faço planos, tenho quase a certeza de conseguir pô-los em prática.	1	2	3	4	5	6
6.	Muitas vezes não há a possibilidade de proteger o meu interesse pessoal de acontecimentos azarentos.	1	2	3	4	5	6
7.	Quando consigo o que quero, é habitualmente porque tenho sorte.	1	2	3	4	5	6
8.	Embora possa ter boas aptidões, não me será dada responsabilidade de chefia sem apelar para aqueles que estão em posição de poder.	1	2	3	4	5	6
9.	A quantidade de amigos que tenho depende da forma como consigo ser simpático (a).	1	2	3	4	5	6
10.	Tenho verificado com frequência que o que está para acontecer na realidade acontece.	1	2	3	4	5	6
11.	A minha vida é controlada principalmente por outras pessoas poderosas.	1		3	4	5	6
12.	Se tenho ou não um acidente de automóvel é fundamentalmente uma questão de sorte.	1	2	3	4	5	6
13.	Gente como eu tem poucas possibilidades de proteger os seus interesses pessoais quando entram em conflito com os de pessoas de grupos pressão fortes.	1	2	3	4	5	6
14.	Nem sempre é sensato eu fazer planos com demasiada antecendência porque muitas coisas acabam por ser uma questão de boa ou de má sorte.	1	2	3	4	5	6
15.	Para obter o que quero é preciso agradar aos que estão acima de mim.	1	2	3	4	5	6
16.	Se consigo ou não vir a ser um chefe depende bastante da sorte de estar no sítio certo na altura certa.	1	2	3	4	5	6
17.	Se pessoas importantes decidissem que não gostavam de mim, provavelmente eu não conseguiria arranjar muitos amigos.	1	2	3	4	5	6
18.	Posso perfeitamente determinar o que acontecerá na minha vida.	1	2	3	4	5	6
19.	Usualmente sou capaz de proteger os meus interesses pessoais.	1	2	3	4	5	6
20.	Se tenho ou não um acidente de automóvel depende principalmente do outro condutor.	1	2	3	4	5	6
21.	Quando consigo o que quero, é porque usualmente trabalhei bastante para o obter.	1	2	3	4	5	6
22.	Em ordem a levar os meus planos por diante, asseguro-me de que estão de acordo com os desejos das pessoas que têm poder sobre mim.	1	2	3	4	5	6
23.	A minha vida é determinada pelas minhas próprias acções.	1	2	3	4	5	6
24.	É principalmente uma questão de sorte se eu tenho ou não poucos ou muitos amigos.	1	2	3	4	5	6

## **A10-** *Questionário sócio-demográfico e de saúde*

### **Questionário sócio-demográfico e de saúde**

Data da aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Habilitações: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Residência: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_

Já alguma vez esteve doente dos nervos ? SIM ☐ NÃO ☐

No caso afirmativo esteve internado? SIM ☐ NÃO ☐

Tomou medicamentos em regime ambulatorio? SIM ☐ NÃO ☐

Anda a tomar medicamentos ? SIM ☐ NÃO ☐